

Síndrome de Burnout y Motivación para el Trabajo

RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA MOTIVACIÓN
PARA EL TRABAJO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA AUXILIAR
PERTENECIENTE AL HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES EN SAN JUAN
DE PASTO

Carmen Alicia Criollo Bravo

Claudia María Revelo Miranda

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

2009

RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA MOTIVACIÓN
PARA EL TRABAJO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA AUXILIAR
PERTENECIENTE AL HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES EN SAN JUAN
DE PASTO

Carmen Alicia Criollo Bravo

Claudia María Revelo Miranda

Trabajo de Grado para optar por el título de Psicólogas

Asesor

Ps. Edwin Gerardo Luna Tascón

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

2009

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE

JURADO A

JURADO B

San Juan de Pasto, septiembre de 2009

Dedico este trabajo de grado en primer lugar a Dios quien ha estado a mi lado en todo momento, guiándome para continuar luchando día tras día y seguir adelante en esta etapa de mi vida.

A mis padres, Jorge y Mariana, por brindarme la confianza necesaria, el apoyo y el cariño para iniciar y culminar este proceso, por caminar de la mano conmigo y darme la oportunidad de aprender junto a ellos cada nueva experiencia como algo maravilloso tanto para mi formación personal como profesional. Además les doy las gracias por todo lo que me han brindado y son a ellos a quien les debo, lo que soy y lo que puedo ser en el futuro.

También a mi amiga, Claudia María Revelo, quien a lo largo de esta etapa de mi vida se convirtió en una verdadera amiga con la cual compartí y espero seguir compartiendo muchos momentos en lo personal y profesional. Gracias por todas aquellas experiencias, momentos alegres y de tristeza que pudimos compartir, puesto que cada uno de ellos nos permitió consolidar una amistad maravillosa.

Por otra parte, a mi hermana Karol por apoyarme en este proceso, por compartir tantos momentos junto a mí. Igualmente le doy gracias a mis familiares, especialmente a mi abuela Alicia, a mi tía Nancy, a mi bisabuela Carmen y a mis primos, por todo su cariño para conmigo durante esta etapa, por sus enseñanzas, consejos y momentos de alegría que nunca olvidaré.

A mis amigos, de la infancia, del colegio, de la universidad y del semestre, quienes con su compañerismo, apoyo, amistad y colaboración, compartieron conmigo muchas experiencias inolvidables que llevaré en mi mente y en mi corazón.

CARMEN ALICIA CRIOLLO BRAVO

Cuando partimos del lugar que nos ayudó a forjar un sueño y que nos preparó para el futuro, estamos dejando atrás una de las mejores etapas de nuestra vida, pero debemos mirar el horizonte y empezar de nuevo; luchar por nuevas metas, para hacer de cada sueño una realidad.

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por este triunfo puesto que gracias a su ayuda y a su divino poder creador logré culminar uno de los logros más importantes en mi vida. Todo lo que soy y seré se lo debo única y exclusivamente a Él.

Dedico especialmente mi Trabajo de Grado a mi madre, Jeanette. Tu amor, tu comprensión, tu cariño, tus enseñanzas, tus consejos, tus sacrificios y tu inmensa sabiduría me han permitido forjarme como profesional y especialmente, como persona. Por ser más que mi gran amiga y confidente, para ti mi eterna gratitud.

A mi abuelita Ligia, por inculcarme el amor por el estudio, por enseñarme a obrar con rectitud y por inculcarme día a día la fe y la confianza que siempre debo depositar en Dios.

A mi padre Bolívar, por brindarme su amor constante y por enseñarme el valor de aspirar cada día a construir y cumplir con las metas que me proponga.

A mi gran amiga y hermana del camino, Carmen Alicia Criollo. Porque juntas hemos vivido y compartido muchas experiencias. Por todos los maravillosos recuerdos que has dejado en mí a lo largo de estos años. Por ser mi compañera de aventuras y por estar a mi lado durante el camino de lo que hoy somos: Psicólogas. Sin nuestro esfuerzo y dedicación, nada de esto hubiese sido posible.

A mi novio, Jorge Andrés. Gracias a ti, y solamente a ti puedo decir que cada día de mi vida esta colmado de felicidad. Por ser esa personita que impregnó mi vida de magia e ilusión. Porque eres mi presente y mi futuro, mi gran apoyo y lo más importante...quien me hizo creer de nuevo en el amor. Te amo y no olvides que esto también te lo debo a ti.

A mis familiares, por su apoyo y por depositar su confianza en mí.

A mis amigos/as, por compartir y realizar muchos sueños juntos, por su apoyo, pero sobre todo por su cariño. Tenerlos en mi vida es uno de mis más grandes tesoros.

A todas aquellas personas quienes con su apoyo y esfuerzo me han permitido cumplir con este objetivo.

CLAUDIA MARÍA REVELO MIRANDA

AGRADECIMIENTOS

Queremos manifestar nuestros más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas quienes con su esfuerzo y colaboración nos permitieron culminar el presente estudio.

Al Hospital Infantil “Los Ángeles”, especialmente a las dependencias: Gerencia General y Gerencia Científica por abrirnos sus puertas y darnos la oportunidad de acercarnos a la realidad humana de su personal asistencial.

Al personal de enfermería auxiliar del Hospital Infantil “Los Ángeles” por su amabilidad, colaboración y por dar lo mejor de sí sin esperar nada a cambio. Este trabajo es por y para ustedes.

A nuestro asesor, Edwin Gerardo Luna por ser el gran amigo quien con su enorme esfuerzo, dedicación y entrega nos permitió culminar esta etapa en nuestras vidas. Gracias por acompañarnos y guiarnos en cada una de las partes de este proceso. Gracias por inculcarnos el amor por la investigación.

A las jurados, Margarita Chaves Cerón y Lisette Garzón Santander por sus valiosos aportes durante las distintas fases del proyecto.

A la docente, Nubia Rocío Sánchez por su apoyo y credibilidad para con nuestras ideas y capacidades personales.

Al docente, Arsenio Hidalgo por su apoyo durante la fase estadística de este estudio.

A los docentes, Leonidas Ortiz Delgado y María Mercedes Castañeda por su colaboración durante la fase de anteproyecto.

Al docente, Fredy Hernán Villalobos por su colaboración durante la fase de proyecto y especialmente, en la consolidación de los aspectos metodológicos.

A las psicólogas, Claudia Mercedes Calvache, Jimena Eraso Osejo y Claudia Esmeralda Pardo por su colaboración en la validación de la escala MBI.

A todos y cada uno de ustedes, Muchas Gracias.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	17
ABSTRACT	18
INTRODUCCIÓN	19
PROBLEMA	21
Planteamiento del problema	21
Formulación del problema	29
Sistematización del problema	29
Justificación	29
Objetivos	32
Objetivo General	32
Objetivos Específicos	33
MARCO TEÓRICO	34
Síndrome de Burnout	34
Conceptualización	34
Antecedentes históricos del Síndrome de Burnout	37
Antecedentes personales y organizacionales que generan el Síndrome de Burnout	43
Antecedentes del entorno social de la organización	44
Antecedentes del sistema físico y tecnológico	44
Antecedentes del sistema social-interpersonal	45
Antecedentes del sistema personal de los miembros de la organización	45
Factores personales	46

Factores profesionales	47
Factores organizacionales	47
Discriminación del Síndrome de Burnout frente a otros constructos	49
Estrés	49
Estrés laboral	50
Fatiga física	50
Depresión	51
Tedio o aburrimiento	52
Insatisfacción laboral	53
Etapas del Síndrome de Burnout	54
Etapa 1	54
Etapa 2	54
Etapa 3	54
Etapa 4	54
Fase inicial	55
Fase de estancamiento	55
Fase de frustración	55
Fase de apatía	55
Fase del quemado	56
Consecuencias del Síndrome de Burnout	56
Consecuencias individuales	56
Síntomas físicos o psicosomáticos	56
Síntomas conductuales	57

Síntomas cognitivos-afectivos	57
Síntomas defensivos	58
Consecuencias organizacionales	59
Modelos explicativos del Síndrome de Burnout	59
Modelos tradicionales	60
Modelo clínico	60
Modelo psicosocial	61
Modelos comprensivos	62
Teoría sociocognitiva del yo	62
Teorías del intercambio social	63
Teoría organizacional	64
Modelos de proceso	65
Modelo tridimensional del MBI	65
Modelo de Edelwich y Brodsky	65
Modelo de Price y Murphy	66
Modelo de Gil-Monte y Peiró	66
Perspectiva del Síndrome de Burnout según Maslach	69
Cansancio emocional (CE)	69
Despersonalización (DP)	70
Falta de realización personal en el trabajo (FRP)	72
Psicología de la salud	72
Prevención de la salud	74
Prevención primaria	75
Prevención secundaria	75

Prevencción terciaria	75
Calidad de vida	76
Motivación	77
Conceptualización	77
Definición de motivo	81
Etapas del proceso motivacional	81
Etapa 1: anticipación	82
Etapa 2: activación y dirección	82
Etapa 3: conducta activa y retroalimentación del rendimiento	82
Etapa 4: resultado	83
Modelos explicativos de la motivación	83
Modelo fisiológico	83
Modelo conductual	83
Motivación extrínseca	84
Motivación intrínseca	84
Modelo cognitivo	84
Motivación en el trabajo	84
Teorías de la motivación en el trabajo desde la psicología organizacional	86
Teorías de la persona como máquina	86
Teoría de la jerarquía de las necesidades de Maslow	86

Teoría de las tres necesidades de McClelland	87
Teoría de los dos factores de la motivación o bifactorial de Herzberg	87
Teoría ERC de Alderfer	88
Teorías de la persona como dios	89
Teoría de las expectativas de Vroom	89
Teoría de la equidad	90
Perspectiva de la motivación para el trabajo según Toro	91
Condiciones antecedentes	91
Condiciones sociales, culturales y demográficas	92
Factores de personalidad	92
Condiciones o características del puesto de trabajo	92
Condiciones intervinientes	93
Conocimientos	93
Habilidades	93
Motivación	93
Oportunidad	93
Tipos de condiciones motivacionales según Toro	94
Condiciones motivacionales internas	95
Logro (LOG)	95
Poder (POD)	96
Afilación (AFI)	96
Auto-realización (A-R)	96

Reconocimiento (REC)	96
Medios preferidos para obtener retribuciones deseadas en el trabajo	96
Dedicación a la tarea (DT)	97
Aceptación de la autoridad (AA)	97
Aceptación de normas y valores (ANV)	97
Requisición (REQ)	98
Expectación (EXP)	98
Condiciones motivacionales externas	98
Supervisión (SUP)	99
Grupo de trabajo (GT)	99
Contenido del trabajo (CT)	99
Salario (SAL)	99
Promoción (PRO)	100
MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL	101
MÉTODO	104
Perspectiva epistemológica	104
Enfoque de la investigación	104
Tipo de estudio	105
Diseño	106
Población	106
Procedimiento	107
Fase 1. Presentación del proyecto a la institución	107
Fase 2. Socialización del proyecto de investigación y	107

diligenciamiento de consentimiento informado a la población objeto de estudio	
Fase 3. Recolección de información con la población objeto de estudio	109
Fase 4. Sistematización y análisis de los resultados	109
Fase 5. Interpretación de resultados	110
Instrumentos	110
Variables de estudio	113
Hipótesis	114
Hipótesis empíricas	114
Hipótesis de trabajo	114
Hipótesis nula	114
Hipótesis estadísticas	114
Hipótesis de trabajo	114
Hipótesis nula	114
Consideraciones éticas	115
Ley 1090 de 2006	115
Resolución No. 8430 de 1993	116
RESULTADOS	118
Adaptación del lenguaje de la escala Maslach Burnout Inventory (MBI)	118
Características sociodemográficas de la población	124
Niveles de Burnout	126
Perfil motivacional	128

Relaciones entre variables	134
DISCUSIÓN	137
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	152
LISTA DE REFERENCIAS	156
ANEXOS	165
ANEXO A. ENCUESTA SOBRE PERCEPCIÓN DE MANIFESTACIONES DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA AUXILIAR PERTENECIENTE AL HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES (HILA)	165
ANEXO B. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	166
ANEXO C. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	167
ANEXO D. CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	168

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Calificación por jueces	119
Tabla 2. Modificación de ítems según jueces	120
Tabla 3. Aplicación prueba piloto	121
Tabla 4. Calificación de ítems según criterios estadísticos	122
Tabla 5. Versión final de la prueba	123
Tabla 6. Distribución de la población según servicio	125
Tabla 7. Descripción estadística de la dimensión de cansancio emocional	126
Tabla 8. Descripción estadística de la dimensión de despersonalización	127
Tabla 9. Descripción estadística de la dimensión de falta de realización personal	127
Tabla 10. Condiciones motivacionales internas	129
Tabla 11. Medios preferidos para obtener retribuciones deseadas en el trabajo	130
Tabla 12. Condiciones motivacionales externas	130
Tabla 13. Relaciones entre la dimensión de Cansancio Emocional y los factores de la Motivación para el Trabajo	134
Tabla 14. Relaciones entre la dimensión de Despersonalización y los factores de la Motivación para el Trabajo	135
Tabla 15. Relaciones entre la dimensión de Falta de Realización Personal y los factores de la Motivación para el Trabajo	135
Tabla 16. Relaciones entre el Burnout y los factores de la Motivación para el Trabajo	136

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)	67
Figura 2. Modelo de Gil-Monte (2003)	68
Figura 3. Etapas del proceso motivacional	82
Figura 4. Condiciones motivacionales planteadas por Toro (1992 b)	94
Figura 5. Esquema de procedimiento	108
Figura 6. Turnicidad de la población	125
Figura 7. Distribución de la población según tipo de contratación	126
Figura 8. Distribución de los niveles de Síndrome de Burnout en el personal de enfermería auxiliar del HILA	128
Figura 9. Perfil motivacional del personal de enfermería auxiliar del HILA	133

RESUMEN

El propósito de este estudio fue describir y conceptualizar la relación entre el Síndrome de Burnout (y sus tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) y la Motivación para el Trabajo en 111 auxiliares de enfermería pertenecientes al Hospital Infantil Los Ángeles (HILA) en San Juan de Pasto (Colombia). Para la medición de las variables de estudio (Síndrome de Burnout y Motivación para el Trabajo) se utilizó la Escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI) y el Cuestionario de Motivación para el Trabajo (CMT), respectivamente. Se encontró que factores motivacionales como aceptación de normas y valores y dedicación a la tarea se constituyen como protectores para la presencia del Burnout, mientras que otros factores como grupo de trabajo, reconocimiento y salario aparecen como factores de riesgo. A partir de los resultados de esta investigación se concluye que existe relación entre el Síndrome de Burnout y la Motivación para el Trabajo en el personal de enfermería auxiliar del HILA.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, Motivación para el Trabajo, Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Motivación para el Trabajo (CMT), factores protectores, factores de riesgo, personal de enfermería auxiliar.

ABSTRACT

The purpose of this study was to describe and conceptualize the relation between Burnout Syndrome (BS) (three dimensions: emotional tiredness, depersonalization and lack of personal accomplishment) and the Motivation to Work (MW) in 111 auxiliary nurses who work in “Los Ángeles” Children’s Hospital (LACH) in San Juan of Pasto (Colombia). For the measurement of the variables (BS and MW), it was used the scale Maslach Burnout Inventory (MBI) and the Motivation to Work Questionnaire (MWQ), respectively. It was found that motivational factors like standart and worth acceptance and dedication to the work are constituted as protective factors to the presence of Burnout, while others factors like work team, recognition and salary appeared as risk factors. Based on the results of this investigation, is concluded that there is a relation between the Burnout Syndrome and the Motivation to Work in the auxiliary nursing personal who work in LACH.

Key Words: Burnout Syndrome, Motivation to Work, Maslach Burnout Inventory (MBI), Motivation to Work Questionnaire (MWQ), protective factors, risk factors, auxiliary nursing personal.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio pretende abordar la relación entre el Síndrome de Burnout y la Motivación para el Trabajo en el personal de enfermería auxiliar del Hospital Infantil Los Ángeles (HILA). En el planteamiento del problema, se exponen las percepciones de las personas que interactúan cotidianamente con el personal de enfermería auxiliar del HILA con relación a las manifestaciones del Síndrome de Burnout, también se presentan las consecuencias negativas que derivan de la presencia de este síndrome y las diversas investigaciones realizadas frente a las variables (Síndrome de Burnout y Motivación para el Trabajo) en los ámbitos internacional, nacional y regional.

En la justificación se presentan los diferentes aportes que se pretenden realizar por medio de este estudio entre los cuales se encuentran a) el conocimiento de la relación entre las variables en el personal de enfermería auxiliar del HILA a fin de que la institución conozca acerca de esta relación y tome esto como insumo en el diseño de estrategias de intervención frente a la presencia del Síndrome de Burnout, b) el fortalecimiento del trabajo investigativo para los campos de la psicología de la salud y organizacional a partir de la relación entre estas variables, c) la medición del Síndrome de Burnout mediante una adaptación del lenguaje de la prueba *Maslach Burnout Inventory* (MBI) realizada por las autoras en el contexto regional con población de enfermería auxiliar y d) el aporte a la formación profesional de las autoras.

El objetivo general de la presente investigación apunta hacia la descripción de la relación entre las variables de estudio, objetivo que pretende ser alcanzado mediante el logro de los objetivos específicos los cuales se construyeron con base a

las dimensiones del Síndrome de Burnout (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) en relación a la Motivación para el Trabajo.

Teóricamente, se abordan los conceptos de Síndrome de Burnout y Motivación para el Trabajo teniendo en cuenta sus principales conceptualizaciones, antecedentes históricos, modelos explicativos, dimensiones y factores.

A nivel metodológico se describe la perspectiva epistemológica falsacionista, el enfoque investigativo el cual es de carácter cuantitativo, con tipo de estudio descriptivo correlacional y con un diseño transeccional. La población evaluada estuvo conformada por 111 auxiliares de enfermería pertenecientes al HILA. Igualmente se describe el procedimiento desarrollado compuesto por cinco fases como a) presentación del proyecto a la institución, b) socialización del proyecto de investigación y diligenciamiento de consentimiento informado, c) recolección de información con la población objeto de estudio, d) sistematización y análisis de resultados y finalmente e) interpretación de resultados. Por otra parte se brinda una descripción de los instrumentos de medición psicológica tales como la escala *Maslach Burnout Inventory*, MBI y el Cuestionario de Motivación para el Trabajo, CMT, las variables e hipótesis de estudio y las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta durante el desarrollo de esta investigación.

Finalmente, se presentan los resultados obtenidos en función de la adaptación del lenguaje de la escala MBI, las características sociodemográficas de la población, los niveles de Síndrome de Burnout, el perfil motivacional y las relaciones entre las variables para el personal de enfermería auxiliar del HILA. En la discusión se analizan los resultados a la luz de la teoría encontrada, y por último se plantean las conclusiones y recomendaciones de este estudio.

PROBLEMA

Planteamiento del problema

Para Hermosa (2006) el trabajo que se lleva a cabo en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en algunas ocasiones exige que los profesionales que laboran en las mismas afronten situaciones que inciden negativamente en su desempeño tanto individual como organizacional, dando lugar a la presencia de estrés laboral y progresivamente a la aparición de Síndrome de Burnout. El Burnout se entiende como la respuesta al estrés laboral crónico la cual se compone por ausencia de realización personal en el trabajo, sentimientos y actitudes negativas hacia los destinatarios de los servicios prestados y sensación de cansancio emocional (Gil-Monte & Peiró, 1997). Se presenta, principalmente, en profesionales de la salud como médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros, (Ríos & Williams, 2006) puesto que la labor que se gestiona desde estas profesiones implica afrontamiento de situaciones en donde se podría encontrar alto grado de implicación personal y laboral (Buzzetti, 2005).

Estudios epidemiológicos del Síndrome de Burnout como el realizado por Demeuroti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli (2000 citados en Albaladejo et al., 2003) consideran que el 25% de la población de enfermería se podría ver afectada por este síndrome señalando que posiblemente el género femenino presenta una mayor tendencia a desarrollarlo debido al mantenimiento de la carga tanto familiar (labores del hogar, cuidado y crianza de los hijos, entre otros) como profesional (cambios de turnos, horarios poco flexibles, irregularidades en cuanto al salario, la categoría profesional y la sobrecarga laboral asistencial). Entre las características organizacionales que convierten al personal de enfermería en un grupo en riesgo de

presentar este síndrome se encuentran la escasez de personal en algunas instituciones lo cual supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, relación con pacientes y familiares problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de reconocimiento profesional, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para tomar decisiones y la ambigüedad del rol a desempeñar (Gil-Monte, 2002). A partir de lo anterior se puede afirmar que el personal de enfermería se convierte en un grupo profesional vulnerable a la presencia del Síndrome de Burnout debido a la responsabilidad profesional y personal a la cual se expone diariamente y al encontrarse en un ambiente laboral considerado como desfavorable emocionalmente, sometido a interacción permanente con el paciente y sus familiares propiciando el desarrollo de diferentes estresores (Bencomo, Paz & Liebster, 2001).

Según la Encuesta sobre Percepción de Manifestaciones de Burnout en el personal de enfermería auxiliar perteneciente al Hospital Infantil Los Ángeles (HILA) (Ver anexo A) llevada a cabo por las autoras de este estudio con el personal que interactúa cotidianamente con las/os enfermeras/os auxiliares (usuarios, personal médico, jefes de enfermería y personal administrativo), el 85% de las personas encuestadas consideran que el personal de enfermería auxiliar puede llegar a experimentar cansancio emocional frente a su trabajo. Para Alcover, Martínez, Rodríguez y Domínguez (2004) el cansancio emocional es la manifestación más evidente y la cualidad central del Síndrome de Burnout que se caracteriza por la vivencia de emociones negativas propias del puesto de trabajo; frente a este aspecto el 20% de las personas encuestadas consideran que el personal de enfermería auxiliar del HILA experimenta demasiadas emociones negativas relacionadas con su trabajo.

La presencia de altos niveles de cansancio emocional genera emociones como

aburrimento, impaciencia, incapacidad para soportar la tensión, irritabilidad, poca tolerancia a la frustración (Ciancaglini, 2005; Gil-Monte, 2003; Maslach & Jackson, 1986; Moreno et al., 2008; Quiceno & Vinaccia, 2007; Ríos & Williams, 2006) y sentimientos de soledad, alineación, impotencia y omnipotencia (Gil-Monte, 2003); e indicadores psicofisiológicos como cefaleas, disfunciones sexuales, disminución del apetito, dolores musculares en la espalda y cuello, gastritis, hipertensión, insomnio, trastornos respiratorios como crisis asmáticas, taquipnea y catarrros frecuentes, trastornos inmunológicos como mayor frecuencia de infecciones, aparición de alergias, alteraciones en la piel y úlceras (Bencomo et al., 2001; Ciancaglini, 2005; Da Silva, 2001; Gil-Monte, 2003; Moreno et al., 2008; Quiceno & Vinaccia, 2007).

Estas manifestaciones emocionales y psicofisiológicas propias del cansancio emocional probablemente inciden no sólo en la salud mental del profesional y en la relación con la familia, amigos, entre otros, sino que afectan notablemente su relación con el usuario, compañeros de trabajo y jefes lo que permite afirmar que la presencia de cansancio emocional afecta seriamente al profesional que lo presenta y a la organización en donde desarrolla su trabajo.

El Síndrome de Burnout no solamente se manifiesta a través del cansancio emocional, también se manifiesta por medio de las dimensiones de despersonalización y falta de realización personal en el trabajo (Maslach & Jackson, 1981). La despersonalización se entiende como el desarrollo de respuestas negativas, frías y distantes hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo (Ríos & Williams, 2006). Las consecuencias que podrían derivarse de la presencia de altos niveles de despersonalización son el abuso de fármacos, aislamiento y/o evitación de la interacción social, comportamiento agresivo,

incapacidad para relajarse, comportamiento suspicaz y paranoide (Ciancaglini, 2005; Da Silva, 2001; Gil-Monte, 2003; Maslach & Jackson, 1986), consumo de sustancias psicoactivas como alcohol, tabaco, entre otras, conflictos interpersonales que podrían ocasionar separaciones y maltrato, dieta inadecuada y sedentarismo (Atance, 1998; Grau & Chacón, 1999; Quiceno & Vinaccia, 2007). En cuanto a esta dimensión, el 35% de las personas encuestadas consideran que trabajar todo el día con personas que experimentan diferentes niveles de sufrimiento disminuye la sensibilidad emocional de las enfermeras auxiliares del HILA, el 20% de las personas encuestadas consideran que el personal de enfermería auxiliar mantiene una gran distancia social y afectiva con los pacientes, y el 17,5% de las personas encuestadas consideran que el personal de enfermería auxiliar no mantiene buenas relaciones sociales con sus compañeras/os de trabajo. Además, el 27,5% de las personas encuestadas consideran que las enfermeras auxiliares del HILA no se involucran emocionalmente con su trabajo. Esto podría indicar que las enfermeras auxiliares pueden llegar a desarrollar su trabajo presentando un escaso nivel de compromiso, dedicación y esfuerzo hacia el mismo, lo que genera implicaciones en la calidad de la atención al usuario y aumento en el índice de ausentismo y deserción laboral.

La despersonalización igualmente se caracteriza por que el profesional puede llegar a culpabilizar al usuario de sus frustraciones y del descenso en su rendimiento laboral (Ríos & Williams, 2006); en el HILA el 17,5% de las personas encuestadas consideran que el personal de enfermería auxiliar a veces se comporta como si los pacientes fueran responsables por sus frustraciones o dificultades laborales. Lo anterior permite evidenciar que, según las personas encuestadas, el personal de enfermería auxiliar no se encuentra exento de presentar despersonalización puesto

que en la relación con el paciente y sus compañeros/as de trabajo se podrían estar desarrollando actitudes negativas que promueven la aparición de este componente.

En cuanto a la falta de realización personal en el trabajo entendida como ausencia de sentido personal frente al trabajo que podría generar sentimientos de fracaso, carencia de expectativas e insatisfacción generalizada (Ríos & Williams, 2006), el 30% de las personas encuestadas consideran que el trabajo de auxiliar de enfermería no es una fuente de satisfacción personal para quienes se desempeñan en ese cargo dentro del HILA y el 37,5% de las personas encuestadas opinan que la mayoría de las enfermeras auxiliares consideran que su trabajo no permite realizar su proyecto de vida, lo cual permite evidenciar que las personas encuestadas perciben que las enfermeras auxiliares podrían llegar a experimentar falta de realización personal.

Entre las consecuencias que podrían derivarse de la falta de realización personal en el trabajo se encuentran a la desmotivación frente al trabajo, el autoconcepto negativo, las ideas de fracaso (Atance, 1998; Da Silva, 2001; Freudenberguer, 1974; Grau & Chacón, 1999), la pérdida de autoestima y los sentimientos de frustración debido a la incoherencia entre las expectativas laborales y lo real (Ciancaglini, 2005; Maslach & Jackson, 1986; Quiceno & Vinaccia, 2007); esto permite afirmar que si un profesional llega a presentar esta dimensión del Síndrome de Burnout se generarían efectos que no solo repercuten en el sujeto ocasionando desvalorización personal y profesional sino que se afectaría la calidad esperada en la realización del trabajo.

Los datos presentados pueden ser indicadores de manifestaciones iniciales de Síndrome de Burnout en una parte importante del personal de enfermería auxiliar del

HILA, lo cual permitiría suponer que si la situación descrita anteriormente continúa presentándose y no es estudiada, el personal de enfermería auxiliar podría encontrarse en riesgo de presentar este síndrome lo que generaría consecuencias negativas para la salud y el bienestar de el/la enfermero/a auxiliar así como también para la eficacia de la organización, tal y como lo plantean Alcover et al. (2004).

Dentro de las organizaciones, como lo es el HILA, la presencia del Síndrome de Burnout podría conllevar a que en el personal de enfermería auxiliar se genere abandono prematuro del trabajo, mayor ausentismo laboral, mayor distanciamiento de los contactos socio-laborales, disminución del compromiso con el trabajo, deterioro en el rendimiento, disminución de la productividad, reducción de la calidad del trabajo, retrasos en la jornada de trabajo, aumento del número de indemnizaciones por conceptos de reclamación o certificados médicos, mayor número de accidentes laborales, mayor rotación o fluctuación en el personal (Atance, 1998; Bencomo et al., 2001; Ciancaglini, 2005; Da Silva, 2001; Gil-Monte, 2003; Vinaccia & Alvarán, 2004), aumento en los conflictos laborales (Román, 2003) e incremento en la preocupación excesiva por el confort laboral (Grau & Chacón, 1999).

Teniendo en cuenta las consecuencias que podrían derivarse de la presencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería auxiliar del HILA se puede evidenciar la importancia de estudiar a este síndrome en este grupo de trabajadores/as a fin de conocer las variables asociadas con la presencia del mismo, con el propósito de posibilitar que en el HILA se gestionen estrategias de intervención eficaces.

En la revisión teórica realizada para este estudio no se encuentran investigaciones que aborden la relación entre el Síndrome de Burnout y la Motivación para el Trabajo, sin embargo existen investigaciones que correlacionan a cada una de las variables implicadas en el presente estudio con otros constructos como variables sociodemográficas (Adali et al., 2001; Álvarez & Illera, 2004), factores psicosociales en el trabajo (Aranda, Pando, Velázquez, Acosta & Pérez, 2003), rasgos de personalidad y ajuste psicológico (Bencomo et al., 2001), clima organizacional (Chaparro, 2008), satisfacción laboral (Hermosa, 2006), interacción conflictiva, contacto con la muerte y el dolor, ambigüedad de rol y monotonía de la tarea (López, Zegarra & Cuba, 2006), rendimiento académico (Parra, 1993), variables sociodemográficas, problemas familiares, satisfacción laboral, insatisfacción laboral y auto-percepción del desempeño laboral (Quiroz & Saco, 2003), estado de salud (Ríos & Godoy, 2007), estrés (Román, 2003), satisfacción laboral (Topa & Morales, 2005), rendimiento laboral (Torres, 2005), cargo que desempeña el personal de enfermería (Vela & Villota, 2009) y el índice de percepción de estrés laboral, las habilidades de enfrentamiento al estrés y la percepción de apoyo social (Vinaccia & Alvarán, 2004).

En el ámbito internacional, la revisión de estudios que involucran relaciones entre el Síndrome de Burnout con otros constructos muestra que el síndrome se ha visto relacionado con algunas variables personales (sociodemográficas y de personalidad) (Adali et al., 2001; Bencomo et al., 2001; Ríos & Godoy, 2007) y organizacionales (Aranda et al., 2003; López et al., 2006; Quiroz & Saco, 2003; Román, 2003; Topa & Morales, 2005). Frente a los estudios correlacionales que se han llevado a cabo con la Motivación para el Trabajo se encontró que la misma ha

sido correlacionada con algunas variables organizacionales (Torres, 2005) y del área de la educación (Parra, 1993), lo cual indica que sería novedoso estudiar a la Motivación para el Trabajo y su relación con variables vinculadas a la salud y específicamente en este caso, con el Síndrome de Burnout.

En el ámbito nacional, en cuanto a los estudios que correlacionan a las variables de la presente investigación con otros constructos, se encontró que el Síndrome de Burnout ha sido correlacionado con variables de personalidad (Vinaccia & Alvarán, 2004), variables sociodemográficas (Álvarez & Illera, 2004) y variables organizacionales (Hermosa, 2006). Lo anterior indica que la relación del Síndrome de Burnout con otras variables no ha sido ampliamente estudiada en el país, por lo tanto se evidencia la necesidad de desarrollar investigaciones que aborden la relación de este síndrome con diferentes constructos. Frente a los estudios que se han llevado a cabo con la Motivación para el Trabajo se encontró que solamente se ha visto correlacionada con variables organizacionales (Chaparro, 2008), por ello sería importante desarrollar un mayor número de estudios en torno a la Motivación para el Trabajo en los cuales se correlacione a la misma con otras variables.

En el ámbito regional se encuentra que no se disponen de trabajos publicados que aborden la relación entre las variables del presente estudio, sin embargo se identificó que las manifestaciones e índices de prevalencia del Síndrome de Burnout han sido correlacionados con el cargo que desempeña el personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño (H.U.D.N.) E.S.E. (Vela & Villota, 2009) por lo cual sería novedoso generar trabajos de tipo investigativo que aborden la relación entre el Síndrome de Burnout y la Motivación para el Trabajo como la presente investigación.

Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout y la Motivación para el Trabajo en el personal de enfermería auxiliar perteneciente al Hospital Infantil Los Ángeles en San Juan de Pasto?

Sistematización del problema

¿Cuáles son los niveles de Síndrome de Burnout presentes en el personal de enfermería auxiliar perteneciente al Hospital Infantil Los Ángeles en San Juan de Pasto?

¿Cuál es el perfil motivacional del personal de enfermería auxiliar perteneciente al Hospital Infantil Los Ángeles en San Juan de Pasto?

¿Cuál es la relación entre el Cansancio Emocional y la Motivación para el Trabajo en el personal de enfermería auxiliar perteneciente al Hospital Infantil Los Ángeles en San Juan de Pasto?

¿Cuál es la relación entre la Despersonalización y la Motivación para el Trabajo en el personal de enfermería auxiliar perteneciente al Hospital Infantil Los Ángeles en San Juan de Pasto?

¿Cuál es la relación entre la Falta de Realización Personal y la Motivación para el Trabajo en el personal de enfermería auxiliar perteneciente al Hospital Infantil Los Ángeles en San Juan de Pasto?

Justificación

La psicología en su constante búsqueda por la solución de diversas problemáticas relacionadas con el comportamiento humano se apoya en el trabajo investigativo a fin de generar respuestas que permitan llenar los vacíos del conocimiento, por lo tanto la investigación en psicología se convierte en una

herramienta fundamental que permite la generación de conocimientos frente a las diferentes problemáticas que forman parte de su objeto de estudio con el propósito de posibilitar su intervención.

En el caso específico de este trabajo, el interés por estudiar el Síndrome de Burnout y su relación con la Motivación para el Trabajo surge a partir de la necesidad de conocer la relación entre estas variables, sobre lo cual no se encuentran trabajos de investigación a nivel internacional, nacional, ni regional. Bajo este marco, se considera que el presente estudio puede generar conocimiento relacionado con el Síndrome de Burnout y la Motivación para el Trabajo, lo cual aportaría significativamente tanto a la psicología de la salud como a la psicología organizacional.

Esta investigación se desarrolló en el Hospital Infantil Los Ángeles (HILA), institución que cumple un importante papel frente al cuidado de la salud en la población infantil del sur occidente colombiano y que actualmente se encuentra en proceso de habilitación y acreditación para lograr la certificación como institución de alta calidad. Por medio del presente estudio se aportará a este proceso en la medida en que al conocer la relación entre el Síndrome de Burnout y la Motivación para el Trabajo, la institución podrá desarrollar estrategias para prevenir la aparición del síndrome y sus consecuencias sobre la calidad de los procesos que se están llevando a cabo.

Es importante considerar que la Motivación para el Trabajo se describe a través de un perfil particular en cada persona que es relativamente estable en el tiempo y en diferentes contextos (Toro, 1992 b), por lo que sería útil reconocer este perfil en los procesos de selección de personal como también evaluar la probabilidad

de que el aspirante posteriormente desarrolle o no el síndrome. Así también, conocer que aspectos del perfil motivacional de una persona se asocian con el Síndrome de Burnout permitirá diseñar estrategias de intervención más eficaces y de acuerdo a las particularidades de las personas a las que se dirigen.

El personal de enfermería es considerado como un grupo profesional en el que se puede presentar una mayor probabilidad de desarrollar el Síndrome de Burnout (Adali et al., 2001; Albaladejo et al., 2003; Bencomo et al., 2001; Gil-Monte, 2002, 2003; López et al., 2006; Ordenes, 2004; Soledad, 2008; Vinaccia & Alvarán, 2004) debido a múltiples factores de riesgo, tal y como lo mencionan Adali et al. (2001), Albaladejo et al. (2003), Gil Monte (2003) y Vinaccia y Alvarán (2004), por lo que se contempla la necesidad de enfocar el estudio de este síndrome en este grupo profesional, específicamente, en una parte importante del mismo como lo es el personal de enfermería auxiliar a quienes además de encontrarse en riesgo de presentar el síndrome, se les designan todas las funciones no profesionales (como arreglo de la habitación del paciente, aseo del paciente, suministro de la medicación en la dosis y horario establecido, entre otras) y algunas profesionales (propias de la enfermería, como solicitar los exámenes médicos que requiere el paciente, verificar que la dieta suministrada al paciente sea la formulada por el personal médico, entre otras) bajo supervisión estricta (Barquín, 1995).

El Síndrome de Burnout además de afectar seriamente a quien lo presenta, también podría ejercer influencia sobre las personas que se encuentran alrededor del profesional (familia, amigos, compañeros de trabajo, y especialmente usuarios de su servicio) ya que podrían verse afectadas por su actitud distante (Albaladejo et al., 2003), es por ello que el abordaje de esta temática es importante en la medida que

brinda conocimiento de la presencia de este síndrome en el personal de enfermería auxiliar del HILA a fin de que en la institución se puedan generar estrategias de intervención que podrían incidir tanto en el personal de enfermería auxiliar como en las personas cercanas al mismo (familia, amigos y compañeros de trabajo), especialmente en la relación con los usuarios de los servicios de salud (que se componen en su totalidad por población infantil, adolescente y padres de familia).

Por otra parte, este estudio en particular se caracteriza por medir el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería auxiliar del HILA mediante una adaptación del lenguaje de la prueba *Maslach Burnout Inventory* (MBI) realizada por las autoras a fin de que el personal de enfermería auxiliar comprenda los ítems, buscando así conservar las características de validez y confiabilidad que el instrumento ha mostrado en el estudio realizado por Maslach y Jackson (1981 citadas en Buzzetti, 2005; Gil-Monte & Peiró, 1997; Maslach, Leiter & Jackson, 1997).

Por último, para la formación profesional de las autoras, este estudio les permite poner en manifiesto los conocimientos adquiridos durante la carrera y aprender de este tipo de temáticas para poderlas desarrollar y continuar aportando al conocimiento en psicología.

Objetivos

Objetivo General

Describir y conceptualizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la Motivación para el Trabajo en el personal de enfermería auxiliar perteneciente al Hospital Infantil Los Ángeles en San Juan de Pasto.

Objetivos Específicos

Identificar los niveles de Síndrome de Burnout presentes en el personal de enfermería auxiliar perteneciente al Hospital Infantil Los Ángeles en San Juan de Pasto.

Identificar el perfil motivacional del personal de enfermería auxiliar perteneciente al Hospital Infantil Los Ángeles en San Juan de Pasto.

Establecer la relación entre el Cansancio Emocional y la Motivación para el Trabajo en el personal de enfermería auxiliar perteneciente al Hospital Infantil Los Ángeles en San Juan de Pasto.

Determinar la relación entre la Despersonalización y la Motivación para el Trabajo en el personal de enfermería auxiliar perteneciente al Hospital Infantil Los Ángeles en San Juan de Pasto.

Establecer la relación entre la Falta de Realización Personal y la Motivación para el Trabajo en el personal de enfermería auxiliar perteneciente al Hospital Infantil Los Ángeles en San Juan de Pasto.

MARCO TEÓRICO

En este apartado se presentan la conceptualización, los antecedentes históricos y los modelos explicativos de las variables del presente estudio: Síndrome de Burnout y Motivación para el Trabajo.

Síndrome de Burnout

Conceptualización

El término *Burnout* proviene del inglés *to burn* el cual en su traducción al castellano significa quemarse, por lo que *burn out* significa haberse quemado (Vinaccia & Alvarán, 2004). Se entiende por Burnout al estado de desgaste, “quemazón”, exhaustividad y de pérdida de la ilusión por el trabajo (Aranda, 2006). La traducción literal de las palabras *Burnout Syndrome* significan “síndrome del quemado profesional” (Peiró, 2005 citado en Ríos & Williams, 2006; Quiceno & Vinaccia, 2007), “síndrome del estrés laboral asistencial o síndrome de estrés asistencial” y “síndrome del desgaste profesional” (Quiceno & Vinaccia, 2007).

El primer autor que utilizó el término Burnout fue Mann (1901 citado en Catsicaris, Eymann, Cacchiarelli & Usandivaras, 2007; Quiceno & Vinaccia, 2007), autor de la novela titulada “*The Bunddensbrooks*” en la que se relata la decadencia personal y familiar de un senador cuyo apellido da nombre a la obra. Más adelante, Greene (1961 citado en Catsicaris et al., 2007; Quiceno & Vinaccia, 2007) utilizó el término en una publicación titulada “*A Burnout Case*” en la que se narra la historia de un arquitecto que se sentía atormentado espiritualmente por lo que decide abandonar su profesión y retirarse a la selva africana.

En la revisión teórica realizada se encuentran numerosas definiciones en torno al Síndrome de Burnout (Brill, 1984 citado en Da Silva, 2001; Farber, 1983;

Freudenberger, 1974; Gil-Monte & Peiró, 1997; Maslach & Jackson, 1981, 1986; Pines & Aronson, 1988) pero tal y como lo afirman Guillén y Guil (2000) y Porras (2008), no existe un acuerdo unánime frente a la definición de este síndrome, sin embargo se ha aceptado que se desarrolla como una respuesta al estrés laboral crónico. Dentro de las posturas teóricas más aceptadas en torno al síndrome, se encuentran las planteadas por Gil-Monte y Peiró (1997) y principalmente, la de Maslach y Jackson (1981, 1986). Para Maslach y Jackson (1986) el Síndrome de Burnout es entendido como:

Una respuesta inadecuada al estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son un agotamiento físico y/o psicológico, una actividad fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se ha de realizar (p. 164).

Por su parte, Gil-Monte y Peiró (1997) consideran al Síndrome de Burnout como:

Una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización), al propio rol profesional (falta de realización profesional en el trabajo) y también por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Se acompaña de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales (p. 235).

Diversos estudios en torno a este síndrome han sido desarrollados en diferentes ámbitos y grupos ocupacionales. Las exploraciones iniciales se realizaron

en médicos y enfermeras (os), posteriormente, se incluyeron otros grupos profesionales que también se encuentran ligados a la salud tales como psiquiatras, enfermeras psiquiátricas y auxiliares de enfermería (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Guillén y Guil (2000) coinciden con Gil-Monte y Peiró (1997) al afirmar que la atención por el estudio de este síndrome se centró inicialmente en profesiones como la psiquiatría, la psicología, la docencia, el trabajo social y la enfermería ya que se asocia que los profesionales de estas disciplinas tienen grandes presiones en su trabajo durante un largo periodo de tiempo y al perder la capacidad para enfrentar dicha presión pueden experimentar agotamiento o desgaste; además, cuando estos profesionales pertenecen a una organización las consecuencias podrían ser graves ya que sus conductas inciden directamente en el funcionamiento de la misma.

Aunque en la actualidad se acepta que el Síndrome de Burnout afecta a cualquier grupo ocupacional (Golembiewski, Munzenrider & Carter, 1983; Leiter & Maslach, 1988; Leiter & Schaufeli, 1996; Pines & Aronson, 1988) existen investigaciones en las cuales se afirma que este síndrome presenta una mayor tendencia a desarrollarse en las profesiones relacionadas con la salud (Cordes & Dougherty, 1993; Gil-Monte & Peiró, 1999; Ríos & Williams, 2006). Cordes y Dougherty (1993) consideran que las profesiones en donde se ha estudiado mayormente al síndrome están conformadas por los profesionales de la salud (atención psicológica y psiquiátrica), asistentes sociales y docentes dado su desenvolvimiento profesional en situaciones altamente demandantes en donde se encuentra un escaso apoyo social, un alto grado de compromiso personal y laboral y ambientes en donde se labora bajo acoso psicológico o *mobbing*.

Estudios como los llevados a cabo por Leiter y Maslach (1988) y Leiter y Schaufeli (1996) indican que el Síndrome de Burnout puede desarrollarse en los profesionales cuyo trabajo no se vincule directamente al contacto con los usuarios como por ejemplo: programadores, controladores aéreos e ingenieros. Otros autores como Golembiewski et al. (1983) afirman que este síndrome puede desarrollarse en profesionales tales como directivos de empresas y vendedores, y autores como Quiceno y Vinaccia (2007) plantean que existen investigaciones en las que no sólo se ha estudiado a este síndrome en los profesionales de la salud sino que también ha sido investigado en educadores, funcionarios de prisiones, bibliotecarios, policías, estudiantes, militares, administradores, entre otros, en quienes se ha encontrado altos niveles del síndrome.

Los anteriores postulados indican que en la actualidad se pueden encontrar diferentes estudios en torno a este síndrome, desarrollados en una amplia variedad poblacional, tal y como lo señalan Quiceno y Vinaccia (2007), lo cual indica que con el paso del tiempo se han logrado realizar importantes aportes que fortalecen la investigación frente al mismo.

Antecedentes históricos del Síndrome de Burnout

El primer estudio del Síndrome de Burnout fue realizado por Freudenberger (1974), médico psiquiatra estadounidense quien ejercía como director de una clínica psiquiátrica denominada “*Free Clinic*” en New York, EE.UU., la cual destinaba sus esfuerzos al tratamiento de las toxicomanías. Freudenberger (1974) quien realizaba psicoterapia mediante métodos psicodinámicos, utilizó el termino “Burnout” para referirse al análisis que realizó del agotamiento experimentado por los jóvenes trabajadores de los servicios sociales en la “*Free Clinic*” (Freudenberger, 1974

citado en Atance, 1998; Buzzetti, 2005; Ciancaglini, 2005; Da Silva, 2001; Guillén & Guil, 2000; Quiceno & Vinaccia, 2007).

Durante su experiencia clínica, Freudenberger (1974) analizó que la mayoría de los trabajadores voluntarios “jóvenes e idealistas” como él los llamaba, experimentaban pérdida de la energía, desmotivación por el trabajo, síntomas de ansiedad y depresión, que podían llevarlos al agotamiento después del trabajo continuo durante un año (Freudenberger, 1974 citado en Aguilera, 2005; Catsicaris et al., 2007; Da Silva, 2001; Quiceno & Vinaccia, 2007; Ríos & Williams, 2006). Para Freudenberger (1974), los trabajadores se esforzaban en el cumplimiento de sus funciones y por lo tanto sacrificaban su propia salud para alcanzar ideales superiores recibiendo poco o nada de reforzamiento por lo que se volvían menos sensibles, poco comprensivos y agresivos en su relación con los pacientes tratándolos distanciado y cínicamente y con tendencia a culparlos por los problemas que padecían.

Con el fin de describir este “patrón conductual homogéneo”, Freudenberger (1974), eligió la letra B (la cual era utilizada en el lenguaje médico para designar al consumo crónico de psicoactivos) para referirse al estado que experimentaban sus trabajadores haciendo alusión a dicho estado como un proceso más no como a un síndrome (Da Silva, 2001) y por ello, definió al Burnout como “Sensación de fracaso y existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador” (p. 159).

La conceptualización planteada por Freudenberger (1974) se encontraba encuadrada dentro de una perspectiva clínica, por lo que este autor centró el estudio del Burnout en su etiología, síntomas, curso y recomendaciones de tratamiento,

resaltando que esta manifestación clínica se caracterizaba por un estado de cansancio como resultado del trabajo intenso.

Dos años más tarde, Maslach (1976 citada en Da Silva, 2001), psicóloga estadounidense quien participaba en diferentes investigaciones relacionadas con psicología social, se interesó por el estudio de las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda a personas y utilizando el término “B”, al igual que Freudenberger (1974), designó al proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional, desinterés y de desarrollo de actitudes de cinismo con los compañeros de trabajo. El término “B” se popularizó dentro del ámbito anglosajón en las publicaciones de profesionales como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, docentes y abogados, pero con el tiempo perdió precisión conceptual y fue anulado por su inconsistencia científica (Da Silva, 2001).

En 1977, Maslach dio a conocer ante el Congreso Anual de la Asociación Psicológica Americana (APA) el término “Burnout” con el cual definía una situación frecuente entre los trabajadores de los servicios humanos, profesionales de la salud y de la educación bajo condiciones difíciles en cuanto al contacto directo con los usuarios. Para Maslach (1977 citada en Aguilera, 2005; Catsicaris et al., 2007; Ciancaglini, 2005; Guillén & Guil, 2000; Quiceno & Vinaccia, 2007) el Burnout se refería a aquella situación en la que los trabajadores acaban “quemándose” en el trabajo después de varios meses o años de dedicación al mismo.

Los estudios realizados por Maslach y su colega Jackson (1980 citadas en Buzzetti, 2005) se centraron en la investigación empírica sobre la activación emocional en las relaciones interpersonales y la adaptación personal, por lo que entrevistaron a varios profesionales en los cuales se evidenciaba esta activación

como los profesionales dedicados al servicio y a la asistencia a personas con problemas. Estos estudios permitieron concluir que los profesionales de ayuda podrían experimentar altos niveles de estrés que generarían efectos dañinos y debilitantes tanto para ellos mismos como para la organización en donde trabajen.

Según Maslach (1999 citada en Ríos & Williams, 2006), los años 80 se caracterizaron por diversas publicaciones de libros y artículos en los cuales se planteaban multitud de modelos explicativos en torno al Síndrome de Burnout basados en propuestas de intervención y además, se desarrollaron cuestionarios, entrevistas y estudios de casos clínicos con el fin de aportar a la investigación frente al mismo. A principios de los 80, tal y como lo señalan Moriana y Herruzo (2005) “El Burnout es casi exclusivamente estudiado en EE.UU. y gradualmente se incorporaron a su estudio países de habla inglesa como Canadá y Gran Bretaña, hasta el momento actual, en el que se pueden encontrar estudios por todo el mundo” (p. 15).

En 1980, Freudenberger (citado en Da Silva, 2001) postula una nueva definición frente al Burnout considerándolo como “Un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo” (p. 2). Posterior a la definición planteada por Freudenberger (1980), Maslach (1981 citada en Maslach & Jackson, 1981) planteó que el desarrollo del Síndrome de Burnout se da a partir de tres dimensiones conocidas como cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal lo que le permitió construir el primer instrumento de medición psicológica del Burnout conocido como *Maslach Burnout Inventory* (MBI) que en su traducción al castellano significa “Inventario de Burnout de Maslach”. Este instrumento permite

dar cuenta del nivel de Síndrome de Burnout y de sus tres dimensiones mencionadas anteriormente. En este año, Maslach junto a Jackson plantearon que el Síndrome de Burnout es “Una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que se trabaja y que conlleva a un aislamiento o deshumanización” (p. 13). Siguiendo a las autoras, este síndrome se caracteriza por la sensación de agotamiento emocional e insatisfacción laboral en individuos que trabajan con personas (Maslach & Jackson, 1981).

Otra definición ampliamente aceptada frente al Síndrome de Burnout, tal y como lo plantean Quiceno y Vinaccia (2007), es la postulada por Farber (1983) quien afirma que:

El Burnout es un síndrome relacionado con el trabajo. Surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimientos de incompetencia, deterioro del autoconcepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por otros diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima (p. 23).

En 1984 se llegaron a conocer los estudios de Brill (citado en Da Silva, 2001) quien además de contribuir a la investigación en torno al síndrome, propone que este se entiende como:

Un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo en una persona que no padece una alteración psicopatológica mayor, que antes ha funcionado

bien tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda o por un reajuste laboral y que está en relación con las expectativas previas (p. 2).

Más tarde se conocieron los trabajos de Pines y Aronson (1988) en los que se reconoce que no sólo los profesionales que laboran con personas se encuentran en riesgo de presentar este síndrome. Para estos autores el Síndrome de Burnout es entendido como un estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por el involucramiento crónico en el trabajo bajo situaciones emocionalmente demandantes. El agotamiento físico se caracteriza por baja energía, fatiga crónica, debilidad general y una amplia variedad de manifestaciones psicosomáticas; por el contrario el agotamiento emocional se refiere al desarrollo de actitudes negativas hacia si mismo, el trabajo y hasta la vida misma e incluye sentimientos de incapacidad, desesperanza o de alineación con el trabajo.

En 1997, Maslach junto a Leiter (citados en Buzzetti, 2005) postularon que el Síndrome de Burnout se asemejaba a una “erosión en el alma” puesto que esta expresión, para los autores, alude al desajuste experimentado por la persona entre lo que es, quiere ser y lo que esta realizando. Esta “erosión” afectaría los valores, la dignidad y el espíritu de la persona generando una situación de difícil solución especialmente si no se cuenta con el adecuado apoyo social; por lo que se podría deducir que este síndrome es un proceso de pérdida gradual que con el paso del tiempo origina desajustes entre el individuo y la organización.

Igualmente, en 1997 se conocieron las primeras publicaciones de Gil-Monte y Peiró quienes postularon que el Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés

laboral crónico en la que se integran actitudes y sentimientos negativos hacia los usuarios del servicio (despersonalización), al propio rol profesional (falta de realización profesional en el trabajo) y la presencia de agotamiento emocional. Junto con la colaboración de Valcárcel, Gil-Monte y Peiró (1998 citados en Gil-Monte, 2002) también han realizado importantes contribuciones al estudio de este síndrome ya que sus investigaciones han permitido la consolidación de uno de los modelos explicativos más aceptados en torno al mismo; este modelo parte de que un sujeto inicialmente puede llegar a presentar cansancio emocional y falta de realización personal en su trabajo y como consecuencia de ello desarrolla actitudes de despersonalización.

La evolución histórica del Síndrome de Burnout permite dar cuenta de cómo se han logrado consolidar conceptualizaciones más precisas en torno al mismo a lo largo del tiempo, por lo que resulta interesante conocer dicha evolución histórica en la medida que permite no solamente conocer aún más acerca de este síndrome sino que también permite comprender el porque este constructo continua siendo de gran relevancia para el ámbito de la salud y las organizaciones.

Antecedentes personales y organizacionales que generan el

Síndrome de Burnout

Diversos autores han planteado que para que se presente el Síndrome de Burnout en el individuo, existen ciertos antecedentes personales y organizacionales que actúan como detonantes frente al mismo. Las variables organizacionales han sido consideradas como antecedentes de importancia fundamental en el desarrollo del síndrome, mientras que las personales han sido consideradas como variables que cumplen una función facilitadora o inhibidora, es decir, en la medida en que estén o

no presentes aumentarán o disminuirán los sentimientos de “sentirse quemado” (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Los estudios realizados por Gil-Monte (2005 citado en Martín, Campos, Jiménez-Beatty & Martínez, 2007) enfatizan la importancia de cuatro grupos de antecedentes para el desarrollo de este síndrome entre los que se encuentran a los antecedentes del entorno social de la organización, los antecedentes del sistema físico y tecnológico, los antecedentes del sistema social-interpersonal de la organización y los antecedentes del sistema personal de los miembros de la organización.

Antecedentes del entorno social de la organización

Los antecedentes del entorno social de la organización se componen por sobrecarga laboral debido a la escasez de personal o de medios, cambios en la normativa o legislación, cambios en la cultura de la población, cambios en la concepción del trabajo y cambios en las condiciones tecnológicas (Gil-Monte, 2005 citado en Martín et al., 2007).

Antecedentes del sistema físico y tecnológico

Los antecedentes del sistema físico y tecnológico se describen como inseguridad en el puesto de trabajo (Gil-Monte, 2005 citado en Martín et al., 2007), inadecuada remuneración laboral (Ciancaglini, 2005; Gil-Monte, 2005 citado en Martín et al., 2007; Moreno et al., 2008; Quiceno & Vinaccia, 2007) y burocratización excesiva dentro de la empresa (Gil-Monte, 2005 citado en Martín et al., 2007; Moreno et al., 2008; Quiceno & Vinaccia, 2007).

Antecedentes del sistema social-interpersonal

Dentro de estos antecedentes se incluyen a la baja cooperación e incapacidad para trabajar en equipo, los conflictos interpersonales, la competitividad destructiva o el acoso psicológico en el trabajo (*mobbing*), la ausencia de control sobre los resultados de la tarea (Gil-Monte, 2005 citado en Martín et al., 2007), disfunciones en los roles laborales (conflicto y ambigüedad en el rol) (Buzzetti, 2005; Cordes & Dougherty, 1993; Gil-Monte, 2005 citado en Martín et al., 2007; Quiceno & Vinaccia, 2007) y la ausencia de apoyo social en la esfera interpersonal (pareja, familia, amigos, vecinos, entre otros) (Buzzetti, 2005; Ciancaglini, 2005) y en el trabajo por parte de compañeros, supervisores y directores (Buzzetti, 2005; Ciancaglini, 2005; Gil-Monte, 2005 citado en Martín et al., 2007; Moreno et al., 2008; Serrano, 2007).

Antecedentes del sistema personal de los miembros de la organización

Los antecedentes del sistema personal de los miembros de la organización incluyen a las variables personales que interfieren en la aparición y desarrollo de este síndrome. En cuanto a las variables sociodemográficas se considera que la edad y el género son variables determinantes puesto que las personas más jóvenes tienen mayor probabilidad de presentar este síndrome debido a su idealismo e inexperiencia profesional (Ciancaglini, 2005; Gil-Monte, 2005 citado en Martín et al., 2007) y frente al género, algunos estudios (Atance, 1998; Ciancaglini, 2005; Ríos & Williams, 2006) postulan que este síndrome afecta mayormente al género femenino debido a la carga familiar y laboral y a la elección de determinadas especialidades profesionales que podrían prolongar el rol femenino.

En cuanto a las variables de personalidad se podría mencionar a la motivación para la ayuda, la afectividad negativa y las estrategias para afrontar el estrés teniendo en cuenta que los individuos que presentan una personalidad resistente (compromiso, autocontrol y retos) y los que desde el modelo *Big Five* se caracterizan por extraversión, afabilidad, tesón, baja inestabilidad emocional y apertura mental son menos proclives a desarrollar el Síndrome de Burnout (Gil-Monte, 2005 citado en Martín et al., 2007).

A diferencia de Gil-Monte (2005 citado en Martín et al., 2007), autores como Moreno et al. (2008) postulan que existen básicamente tres grupos en los diferentes factores etiológicos del Síndrome de Burnout, estos factores se clasifican en personales, profesionales y organizacionales.

Factores personales

Se considera que los sentimientos altruistas conllevan a que el profesional se implique excesivamente en los problemas del paciente lo que le genera sentimientos de culpa y de baja realización (Moreno et al., 2008). Para Ciancaglini (2005) y Moreno et al. (2008) el Síndrome de Burnout afecta mayormente a profesionales empáticos, sensibles, altruistas, optimistas, entusiastas y con poca tolerancia a la frustración cuya personalidad se asocie al tipo A (baja autoconfianza, inadecuado control emocional y locus de control externo). También se considera que el proceso cognitivo atribucional de la persona es un factor clave para el desarrollo de este síndrome (Buzzetti, 2005). Dentro de los factores personales juega un papel importante la familia debido a que la misma se puede ver afectada por los conflictos, las vivencias y las tensiones del profesional (Moreno et al., 2007).

Factores profesionales

Estos factores enfatizan que el profesional que se expone directa y continuamente al trato con los usuarios (especialmente, si estos últimos presentan problemas crónicos) podría llegar a presentar este síndrome, por lo que la presencia del mismo dependerá de la calidad en las relaciones interpersonales establecidas por el profesional con los usuarios, además de los supervisores y compañeros. También se afirma que aquellos profesionales que tienden a desacatar o hacer caso omiso de la reglamentación de la institución o de la normativa dispuesta por la misma presentan un mayor riesgo para la presencia del síndrome (Buzzetti, 2005; Moreno et al., 2008). Otro factor de riesgo para la presencia del síndrome es el bajo nivel de desarrollo profesional que se alcance en el trabajo (Moreno et al., 2008). En el nivel de Burnout que puede presentar el profesional también inciden el rol que cumple el usuario en la interacción y las expectativas del mismo frente al profesional (Buzzetti, 2005).

Factores organizacionales

Existen ciertos factores organizacionales (físicos y del sistema de la organización) que contribuyen a la aparición del síndrome. Entre los factores organizacionales se encuentran factores como presión laboral excesiva, labor de alta complejidad, ausencia de trabajo en equipo y de sintonía con la dirección, mayores demandas asistenciales, ausencia de soluciones concretas desde la organización, inestabilidad del sistema y los nuevos sistemas de gestión clínica y competitividad con otras empresas (Moreno et al., 2008), ausencia de participación en la toma de decisiones (Moreno et al., 2008; Quiceno & Vinaccia, 2007), características del

cargo y forma de administración de los incentivos (recompensas) y los castigos (multas, suspensiones, entre otros) (Buzzetti, 2005).

En cuanto a los factores del ambiente físico se podrían mencionar al nivel de ruido, al tipo de iluminación, al nivel de temperatura, a las condiciones de higiene y toxicidad (Moreno et al., 2008; Quiceno & Vinaccia, 2007), a la disponibilidad de espacio físico, al trabajo nocturno y a la variedad para emplear las habilidades adquiridas (Moreno et al., 2008).

Quiceno y Vinaccia (2007) plantean que existen otra serie de factores ambientales y organizacionales que inciden a favor de la presencia del Síndrome de Burnout. En cuanto a los factores ambientales que desencadenan este síndrome se encuentran los ambientes en donde se frustren las expectativas de los empleados, ambientes que no le permitan al empleado controlar las actividades a realizar, ambientes donde no exista retroalimentación de la propia tarea por parte del jefe y ambientes en donde se manejen relaciones interpersonales con dificultades en cuanto a la comunicación.

Frente a los factores organizacionales, los autores proponen que el Síndrome de Burnout se puede presentar en empresas excesivamente formalizadas, empresas con cambios en los turnos laborales y en los horarios de trabajo, empresas que no brinden seguridad y estabilidad en el puesto, empresas con una estrategia de minimización de costos en las que se reduce el personal ampliando las funciones y responsabilidades de los trabajadores y empresas que no invierten en capacitación y desarrollo del personal.

Finalmente, Serrano (2007) considera que para que aparezca el Síndrome de Burnout, el ambiente de una empresa se puede caracterizar por maltrato, aislamiento

y menosprecio hacia y entre los trabajadores, condiciones como exceso de tensión y de trabajo, demandas laborales temporales e inusuales desprovistas de recursos para hacerles frente, organización autoritaria y alienante, inseguridad laboral y empresas en donde los empleados puedan desarrollar temor a perder el empleo, a experimentar violencia física o psicológica; por lo tanto propone que para evitar la aparición de este síndrome las personas pueden no implicarse en el trabajo ni poner en él demasiadas expectativas, canalizar el grado de entrega hacia el trabajo y disfrutar de la familia y del tiempo libre.

Discriminación del Síndrome de Burnout frente a otros constructos

Ciancaglini (2005) plantea que para evitar confusiones entre la conceptualización del Síndrome de Burnout frente a otros constructos psicológicos es necesario establecer diferencias entre este síndrome y los mismos. Siguiendo a la autora, el Síndrome de Burnout suele confundirse con estrés, estrés laboral, fatiga física, depresión, tedio o aburrimiento e insatisfacción laboral.

Estrés

Según Pines y Kafry (1978 citados en Ciancaglini, 2005) el estrés se diferencia del Síndrome de Burnout en la medida en que el primero, es un proceso psicológico que acarrea efectos positivos (activa estrategias de afrontamiento) y negativos (genera respuestas disfuncionales a nivel cognitivo, psicofisiológico, emocional y comportamental) en el individuo, mientras que el Síndrome de Burnout solamente acarrea efectos negativos para el individuo y la organización.

Cordes y Dougherty (1993) plantean que de las dimensiones que hacen parte del Síndrome de Burnout (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal), el cansancio emocional y la falta de realización personal han

sido ampliamente estudiadas en relación con el estrés a diferencia de la despersonalización que es un constructo único del síndrome que no ha sido abordado en la investigación del estrés.

Por otra parte, Ciancaglini (2005) postula que el estrés puede ser experimentado en diferentes ámbitos (personal, conyugal, social-interpersonal, laboral) a diferencia del Burnout que se presenta únicamente en el ámbito laboral.

Estrés laboral

Schaufeli y Buunk (1996 citados en Ciancaglini, 2005) consideran que en el Síndrome de Burnout se produce desadaptación al trabajo acompañada por un nivel de desempeño disfuncional frente al mismo. Este proceso presenta un curso en el que la persona puede llegar al colapso emocional generándose así, un desempeño inadecuado frente al trabajo, a diferencia del estrés laboral en donde la persona puede encontrarse en un proceso transitorio de adaptación temporal al trabajo en el que podría retornar al nivel inicial o ideal dependiendo de las estrategias de afrontamiento empleadas. Esto permitiría afirmar, tal y como lo plantea Pines (1993 citado en Ciancaglini, 2005), que el estrés laboral no conlleva necesariamente a la aparición del Síndrome de Burnout. Para Pines (1993) el Síndrome de Burnout es un estado de estrés laboral prolongado en la medida en que se produce por la desadaptación al estrés generado en el trabajo.

Fatiga física

Según Pines y Aronson (1988) la diferencia entre el Síndrome de Burnout y la fatiga física consiste en el tiempo que necesita el individuo para regresar al estado inicial en el que no presentaba alguna de estas patologías. En el Síndrome de Burnout la recuperación es más lenta y se acompaña de sentimientos de fracaso, a diferencia

de la fatiga física en donde el proceso de recuperación es más rápido y puede estar acompañado de sentimientos de realización personal y éxito.

Depresión

Estudios realizados por Oswin (1978 citado en Ciancaglini, 2005) señalan que la depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional más no con las otras dos dimensiones del Síndrome de Burnout (falta de realización personal y despersonalización).

Freudenberger (1974) considera que la depresión es uno de los síntomas más característicos del Síndrome de Burnout, a diferencia de Hobfoll y Shirom (2001 citados en Ciancaglini, 2005) y Hätien, Marja, Kinnunen, Ulla, Pekkonen, Mika et al. (2004 citados en Ciancaglini, 2005) quienes sugieren que los síntomas de la depresión pueden emerger en una etapa posterior a la aparición del Burnout.

Autores como Firth, McIntee, McKeown y Britton (1986 citados en Ciancaglini, 2005) plantean que es probable que haya un solapamiento entre las características de la depresión y el Síndrome de Burnout como las ideas de fracaso, el deseo de abandonar el trabajo, la dificultad de concentración, la pérdida de apetito, los problemas de sueño, entre otros.

Buzzetti (2005), por su parte, considera que los síntomas de la depresión estudiados por Beck (1983 citado en Buzzetti, 2005) como la agresividad y rabia que terminan alejando a las personas de los demás y que le permiten confirmar sus creencias distorsionadas de que no son amadas, permiten suponer que existen características compartidas por el Síndrome de Burnout y la depresión, pero aún así el Burnout no es igual a la depresión. A diferencia de Firth, McIntee, McKeown y Britton (1986), Hallsten, Durup, Leiter, McKight y Glass (1995 citados en

Ciancaglini, 2005) afirman que los patrones de desarrollo y etiología en la depresión y en el Síndrome de Burnout son distintos aunque estas patologías pueden presentar síntomas similares.

En esta misma línea, Golembiewski (1999 citado en Buzzetti, 2005) afirma que no se observan episodios delirantes o psicóticos en las descripciones del Síndrome de Burnout como si se pueden dar en depresiones profundas. Por otra parte, Brenninkmeijer, Vanyperen y Buunk (2001 citados en Buzzetti, 2005) han encontrado que un sentido reducido de estatus y prestigio en el trabajo y la percepción de los mismos, son más característicos en individuos depresivos que en aquellos que presentan Burnout. Al parecer, los individuos que desarrollan Burnout aún estarían en la batalla para lograr estatus y prestigio en el grupo de trabajo y se consideran como “ganadores” potenciales, mientras que los individuos con depresión se han dado por “vencidos”. Solamente cuando los individuos que presentan Burnout perciben que “los han derrotado”, experimentan una pérdida de estatus y prestigio lo que les generaría efectos en su autoestima y por ende tendencia a desarrollar depresión.

Según Buzzetti (2005) y Ciancaglini (2005) una característica adicional que diferencia a éstos constructos es que el Síndrome de Burnout se desarrolla únicamente en el trabajo mientras que la depresión puede presentarse en otros contextos diferentes al ámbito laboral (social, familiar, conyugal, entre otros).

Tedio o aburrimiento

Farber (1983) y Pines, Aronson y Kafry (1981 citados en Ciancaglini, 2005) postulan que el Síndrome de Burnout se presenta exclusivamente en las profesiones

asistenciales mientras que el tedio o aburrimiento se presenta en otros tipos de trabajos en los que no necesariamente se trabaja con personas.

Según Maslach y Jackson (1981) Pines y Krafy (1978 citados en Ciancaglini, 2005), el Síndrome de Burnout se genera por repetidas presiones emocionales a diferencia del tedio o aburrimiento que puede ser resultado de cualquier tipo de presión, falta de motivación e innovación en el ámbito laboral.

Insatisfacción laboral

Buzzetti (2005) afirma que la relación entre el Síndrome de Burnout y la insatisfacción laboral aún no queda del todo clara, es decir, si es la insatisfacción laboral la que conlleva a la presencia del Síndrome de Burnout o viceversa. De acuerdo a Maslach y Jackson (1981) la insatisfacción en el trabajo no necesariamente coexiste con el Síndrome de Burnout, es decir que los niveles de Burnout pueden darse con sentimientos de satisfacción en el trabajo o sin los mismos. Un sujeto insatisfecho laboralmente puede no presentar el síndrome puntuando bajos niveles de despersonalización y cansancio emocional en el MBI.

Estudios como los realizados por Firth y Britton (1989 citados en Ciancaglini, 2005) y Jayaratne y Chess (1983 citados en Ciancaglini, 2005) afirman que la insatisfacción laboral se correlaciona positivamente con el cansancio emocional y la despersonalización, pero presenta una correlación débil con la falta de realización personal en el trabajo, además estos autores consideran que la despersonalización y el cansancio emocional son componentes característicos del Síndrome de Burnout que no se producen en la insatisfacción laboral.

Etapas del Síndrome de Burnout

Aguilera (2005) propone que el desarrollo del Síndrome de Burnout se da a partir de cuatro etapas.

Etapas 1

En esta etapa, el individuo percibe un desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos tanto materiales como humanos para hacerles frente, de tal forma que las primeras exceden a los segundos, lo cual conlleva al proceso de estrés.

Etapas 2

El individuo realiza un sobreesfuerzo para adaptarse a las demandas laborales, lo que se convierte en un efecto transitorio. Empieza a perder el control de la situación y van apareciendo síntomas como menor compromiso con el trabajo, alienación y reducción de las metas laborales; sin embargo, el cuadro es reversible hasta este punto. Buzzetti (2005) señala que durante esta etapa el sujeto puede experimentar ansiedad, fatiga, irritabilidad y disminución en la responsabilidad y metas profesionales.

Etapas 3

Aparecen los síntomas característicos del Síndrome de Burnout tanto a nivel cognitivo, afectivo, conductual, psicosomático y de defensa.

Etapas 4

El individuo percibe deterioro tanto a nivel físico como psicológico lo cual le genera altibajos frecuentes, ausentismo laboral y falta de eficacia en su tarea (Aguilera, 2005). Tal y como lo señala Buzzetti (2005), el sujeto puede llegar a experimentar un sentimiento irreversible de desvinculación o desapego y desinterés total por el trabajo.

Para Edelwich y Brodsky (1980 citados en Da Silva, 2001; Serrano, 2007) el desarrollo del Síndrome de Burnout se da a partir de diferentes fases, la primera es entendida como fase inicial seguida por las fases de estancamiento, frustración, apatía y finalmente, la fase del quemado.

Fase inicial

Se caracteriza por el entusiasmo y un alto nivel de energía y expectativas ante un nuevo puesto de trabajo sin importar lo larga que sea una jornada laboral (Edelwich & Brodsky, 1980 citados en Da Silva, 2001; Serrano, 2007).

Fase de estancamiento

Se denomina de esta manera porque en ella la persona evidencia que no se cumplen sus expectativas profesionales, es decir, percibe que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada (Edelwich & Brodsky, 1980 citados en Da Silva, 2001; Serrano, 2007).

Fase de frustración

La persona percibe que su trabajo carece de sentido por lo que pierde la ilusión por el mismo, colocándose irritable ante cualquier situación llegando al punto de empezar a presentar problemas de salud. Es considerada como el inicio del Burnout, que se manifiesta cuando la persona deja de participar tan activamente como acostumbraba, aparecen los cuestionamientos más profundos y el inicio de la desmotivación (Edelwich & Brodsky, 1980 citados en Da Silva, 2001; Serrano, 2007).

Fase de apatía

La apatía se convierte en un mecanismo de defensa para evitar el daño emocional y se manifiesta en el trato distante hacia los otros y en el afrontamiento

defensivo y evitativo de las tareas estresantes (Edelwich & Brodsky, 1980 citados en Da Silva, 2001; Serrano, 2007).

Fase del quemado

Se origina como un colapso emocional y cognitivo que afecta la salud del trabajador provocando que el mismo contemple la posibilidad de abandonar el empleo (Edelwich & Brodsky, 1980 citados en Da Silva, 2001; Serrano, 2007).

Consecuencias del Síndrome de Burnout

Autores como Gil-Monte y Peiró (1997), Grau y Chacón (1999), Guillén y Guil (2000) y Porras (2008) afirman que las consecuencias del Síndrome de Burnout afectan tanto al individuo como a la organización, por lo tanto proponen esta clasificación frente a las mismas.

Consecuencias individuales

Maslach y Jackson (1981) plantean que el Burnout es un proceso continuo que va surgiendo de manera paulatina y en el que existen tres grupos sintomáticos, entre tanto, Pines y Cherniss (1980 citados en Ríos & Williams, 2006) postulan que los síntomas del Burnout se pueden agrupar en cuatro áreas sintomatológicas. Para Maslach y Jackson (1981), los tres grupos sintomáticos se componen por síntomas físicos o psicósomáticos, síntomas conductuales y síntomas cognitivos-afectivos.

Síntomas físicos o psicósomáticos.

Los síntomas físicos y psicósomáticos se componen por cefaleas, disfunciones sexuales, disminución del apetito, dolores musculares en la espalda y cuello, gastritis, hipertensión, insomnio, trastornos respiratorios como crisis asmáticas, taquipnea y catarros frecuentes, trastornos inmunológicos como mayor frecuencia de infecciones, aparición de alergias y alteraciones en la piel, úlceras

(Bencomo et al., 2001; Ciancaglini, 2005; Da Silva, 2001; Gil-Monte, 2003; Moreno et al., 2008; Quiceno & Vinaccia, 2007) y en las mujeres, pérdidas de ciclos menstruales (Ríos & Williams, 2006).

Síntomas conductuales.

Los síntomas conductuales se componen por abuso de fármacos, aislamiento y/o evitación de la interacción social, comportamiento agresivo, incapacidad para relajarse, comportamiento suspicaz y paranoide (Ciancaglini, 2005; Da Silva, 2001; Gil-Monte, 2003; Maslach & Jackson, 1986), consumo de sustancias psicoactivas como alcohol, tabaco, entre otras, conflictos interpersonales que podrían ocasionar separaciones y maltrato, dieta inadecuada y sedentarismo (Atance, 1998; Grau & Chacón, 1999; Quiceno & Vinaccia, 2007).

Síntomas cognitivos-afectivos.

Los síntomas cognitivos están compuestos por desmotivación frente al trabajo, autoconcepto negativo, ideas de fracaso (Atance, 1998; Da Silva, 2001; Freudenberger, 1974; Grau & Chacón, 1999), pérdida de autoestima, sentimientos de frustración debido a la incoherencia entre las expectativas laborales y lo real (Ciancaglini, 2005; Maslach & Jackson, 1986; Quiceno & Vinaccia, 2007), dificultad en la toma de decisiones, déficit de atención y concentración y desorientación espacio-temporal (Aguilera, 2005; Guillén & Guil, 2000).

Los síntomas afectivos se componen por aburrimiento, impaciencia, incapacidad para soportar la tensión, irritabilidad, poca tolerancia a la frustración (Ciancaglini, 2005; Gil-Monte, 2003; Maslach & Jackson, 1986; Moreno et al., 2008; Quiceno & Vinaccia, 2007; Ríos & Williams, 2006) y sentimientos de soledad, alineación, impotencia y omnipotencia (Gil-Monte, 2003).

Síntomas defensivos.

Pines y Cherniss (1980 citados en Ríos & Williams, 2006) proponen un grupo de síntomas conocido como síntomas defensivos. Este grupo alude a los mecanismos de defensa utilizados por el profesional frente a la presencia del síndrome. Pines y Cherniss (1980) señalan que la negación emocional experimentada por la presencia del Síndrome de Burnout es entendida como el mecanismo que utiliza el profesional para poder lograr la aceptación de sus sentimientos a través de la ironía, la atención selectiva y el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas. El profesional también puede utilizar, como mecanismo de defensa, a la intelectualización o la atención parcial hacia lo que le resulta menos desagradable.

Para Aguilera (2005) el trabajador puede igualmente, utilizar a la culpabilización como mecanismo de defensa, es decir que puede llegar a culpabilizar a sus jefes, clientes y compañeros de trabajo de lo que le está sucediendo lo cual le impide actuar frente a su situación.

Catsicaris et al. (2007) consideran que los profesionales de la salud que presentan el Síndrome de Burnout pueden llegar a desarrollar a) evitación del compromiso emocional caracterizada por pérdida del contacto relacional que se manifiesta en trato distante, en mal manejo de la información y en falta de respuesta a las emociones del otro, b) disociación instrumental extrema compuesta por manifestaciones conductuales rígidas y automáticas como comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias, c) embotamiento y negación caracterizados por falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritabilidad manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes

descalificativas e intervenciones hipercríticas, d) el profesional no toma conciencia sobre sus pensamientos y pasa directamente a la acción a través de conductas de enojo y confrontaciones reiteradas con colegas y pacientes y e) descenso en la motivación que se caracteriza por la pérdida de autorrealización y baja autoestima que se reflejan en falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca o nula participación en proyectos.

Consecuencias organizacionales

Ciancaglini (2005) y Guillén y Guil (2000) plantean que la presencia del Síndrome de Burnout en las organizaciones genera graves consecuencias e implica altos costos, por lo tanto este síndrome puede generar deseos de abandonar prematuramente el trabajo, mayor absentismo laboral, mayor distanciamiento de los contactos socio-laborales, disminución del compromiso con el trabajo, deterioro en el rendimiento, disminución de la productividad, reducción de la calidad del trabajo, retrasos en la jornada de trabajo, aumento en el número de indemnizaciones por conceptos de reclamación o certificados médicos, mayor número de accidentes laborales, mayor rotación o fluctuación en el personal (Atance, 1998; Bencomo et al., 2001; Ciancaglini, 2005; Da Silva, 2001; Gil-Monte, 2003; Vinaccia & Alvarán, 2004), aumento en los conflictos laborales (Román, 2003) e incremento en la preocupación excesiva por el confort laboral (Grau & Chacón, 1999).

Modelos explicativos del Síndrome de Burnout

Con el propósito de explicar el desarrollo del Síndrome de Burnout, diversos autores han postulado modelos y teorías que aportan a su estudio e integran diferentes variables. A fin de generar una mayor claridad en el lector, se retoma la clasificación propuesta por Quiceno y Vinaccia (2007) la cual agrupa los diferentes

modelos en tres categorías: Modelos Tradicionales, Modelos Comprensivos y Modelos de Proceso.

Modelos tradicionales

Gil-Monte y Peiró (1997) postulan que existen dos modelos fundamentales para explicar el Síndrome de Burnout conocidos como el modelo clínico y el modelo psicosocial.

Modelo clínico.

Los antecedentes del modelo clínico parten de la conceptualización planteada por Freudenberg (1974) la cual fue elaborada con base al análisis realizado en los profesionales de los servicios de ayuda. El modelo clínico afirma que los profesionales de ayuda pueden llegar a experimentar agotamiento debido al trabajo intenso bajo el abandono de las propias necesidades. Desde esta perspectiva se asume al Burnout como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral y psicosocial y que a su vez puede ser entendido como un proceso con una serie de etapas generadas por la interacción de las características personales y del entorno laboral (Quiceno & Vinaccia, 2007).

El modelo clínico plantea además que el Síndrome de Burnout se presenta con mayor frecuencia en los profesionales con alto grado de compromiso frente a su trabajo, bajo presión constante y con demandas laborales excesivas por lo que la presencia del síndrome implica un sobreesfuerzo por parte del profesional en la medida que compromete clientes excesivamente necesitados y profesionales excesivamente vinculados con las exigencias de su trabajo (Ríos & Williams, 2006).

Dentro del modelo clínico se encuentran los estudios de Pines y Aronson (1988) quienes conceptualizan al Burnout como una combinación de fatiga

(emocional, física y mental), sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo y baja autoestima. Para estos autores, el Burnout se origina cuando existe una implicación durante un tiempo prolongado en situaciones que son emocionalmente demandantes lo cual conllevaría a que el individuo experimente vacío físico, sentimientos de desamparo, desesperanza y desilusión y finalmente, el desarrollo de un autoconcepto y una actitud negativa hacia el trabajo y la vida misma.

Modelo psicosocial.

El modelo psicosocial parte de que el origen del Síndrome de Burnout se da a partir de la influencia de diferentes variables personales, sociales y organizacionales sobre el comportamiento del individuo en el trabajo (Ciancaglini, 2005). Dentro de este modelo se encuentra la perspectiva que exponen Maslach y Jackson (1981, 1986) quienes consideran que el Síndrome de Burnout es una respuesta emocional la cual se origina por diferentes condiciones y antecedentes de tipo laboral y organizacional. Esta respuesta emocional se caracteriza, según las autoras, por la presencia de síntomas que se pueden agrupar en tres dimensiones como cansancio emocional, despersonalización y sentimiento de bajo logro o realización personal.

La investigación realizada por Maslach (1997 citada en Catsicaris et al., 2007) indica que el Síndrome de Burnout se origina a partir de las características de la organización más no de las personales o individuales por lo que identifica seis factores relacionados con el ambiente de trabajo entre los cuales cabría mencionar a) la sobrecarga laboral que se ve incrementada por el número de horas, la falta de claridad en las horas de descanso laboral y los ambientes inadecuados, b) la ausencia de control sobre la propia tarea que se ve influenciada por el inadecuado ambiente

físico de trabajo, la baja participación en la toma de decisiones y la escasa disponibilidad de medios tecnológicos, c) el escaso reconocimiento de la labor, d) la sensación de injusticia experimentada por el trabajador cuando se siente bajo condiciones económicas insatisfactorias y percibe falta de perspectivas de crecimiento laboral, e) las fallas en la construcción de una comunidad de trabajo que se originan cuando existe ausencia de espacios para el tratamiento de las dificultades en las relaciones interpersonales y f) el conflicto de valores que surge a partir de la discrepancia entre los valores personales y los de la organización.

Modelos comprensivos

Según Quiceno y Vinaccia (2007), los modelos comprensivos hacen referencia a un conjunto de variables consideradas como antecedentes y consecuentes del Síndrome de Burnout. Entre estos modelos se encuentran las teorías: Sociocognitiva del yo, del Intercambio Social y Organizacional.

Teoría sociocognitiva del yo.

La teoría sociocognitiva del yo pretende explicar el desarrollo del Síndrome de Burnout a partir de variables relacionadas con el yo como la autoeficiencia, la autoconfianza, el autoconcepto, entre otras (Buzzetti, 2005). Los modelos existentes desde la teoría sociocognitiva del yo se caracterizan por recopilar los planteamientos de Bandura (1987 citado en Gil-Monte & Peiró, 1999; Hermosa, 2006; Quiceno & Vinaccia, 2007) para explicar la etiología de este síndrome. Estos modelos consideran básicamente que las cogniciones de los individuos influyen sobre lo que perciben y hacen y a su vez se modifican por los efectos de sus acciones y por las consecuencias observadas en los demás. También consideran que la creencia o el grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el

empeño para alcanzar sus objetivos y por consiguiente, las reacciones emocionales que lo acompañen (Gil-Monte & Peiró, 1999; Hermosa, 2006).

Para Ciancaglini (2005), Gil-Monte y Peiró (1999) y Quiceno y Vinaccia (2007) los modelos que hacen parte de la teoría sociocognitiva del yo se conforman por el modelo de competencia social de Harrison (1983 citado en Ciancaglini, 2005; Gil-Monte & Peiró, 1999), el modelo de Cherniss (1993 citado en Ciancaglini, 2005; Gil-Monte & Peiró, 1999; Quiceno & Vinaccia, 2007), el modelo de Pines (1993 citado en Ciancaglini, 2005; Gil-Monte & Peiró, 1999) y el modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993 citados en Ciancaglini, 2005; Gil-Monte & Peiró, 1999; Quiceno & Vinaccia, 2007). El modelo de competencia social de Harrison (1983), el modelo de Cherniss (1993) y el modelo de Pines (1993) consideran que la autoeficacia percibida es la variable relevante en cuanto a la etiología del síndrome a diferencia del modelo de Thompson et al. (1993) en donde se considera que la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal son las variables que conllevan al desarrollo del síndrome (Gil-Monte & Peiró, 1999).

Teorías del intercambio social.

Las teorías del intercambio social parten de los principios que exponen la teoría de la equidad o modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993 citados en Gil-Monte & Peiró, 1999; Quiceno & Vinaccia, 2007) y de la teoría de la conservación de los recursos o modelo de Hobfoll y Fredy (1993 citados en Gil-Monte & Peiró, 1999; Quiceno & Vinaccia, 2007). Estas teorías consideran que la etiología del Síndrome de Burnout se deriva de la falta de equidad o de la falta de ganancia que se origina cuando el individuo se compara socialmente dentro de sus relaciones interpersonales.

Según Gil-Monte y Peiró (1999), los individuos establecen relaciones de intercambio dentro de las empresas (ayuda, aprecio, gratitud y reconocimiento) con los beneficiarios de su trabajo, si los individuos perciben que están dando mucho más de lo que en realidad reciben, comenzarían a desarrollar sentimientos asociados a sentirse quemados en el trabajo.

Desde esta perspectiva se considera que este síndrome se puede desarrollar en las organizaciones por medio de los procesos de afiliación social. Esto ocurriría cuando se originan situaciones de contagio social del síndrome, es decir, que los profesionales pueden adoptar los síntomas del síndrome que observen en sus compañeros de trabajo (Buzzetti, 2005).

Teoría organizacional.

Los modelos elaborados desde la teoría organizacional consideran que el Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral que se desarrolla como consecuencia de las disfunciones del rol profesional, la ausencia de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Estos modelos enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas por el individuo (Buzzetti, 2005; Gil-Monte & Peiró, 1999; Hermosa, 2006).

Los modelos que se encuentran dentro de la teoría organizacional son el modelo de Golembiewski et al. (1983), el modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993 citados en Gil-Monte & Peiró, 1999) y el modelo de Winnubst (1993 citado en Gil-Monte & Peiró, 1999). El modelo de Golembiewski et al. (1983) destaca las disfunciones de los procesos del rol y la importancia de la sobrecarga y de la pobreza del rol para el desarrollo del síndrome, en cambio el modelo de Cox et al. (1993) destaca la

importancia de la salud de la organización, y finalmente, el modelo de Winnubst (1993) brinda importancia a la estructura, cultura y clima organizacional para la aparición del síndrome.

Modelos de proceso

Quiceno y Vinaccia (2007) postulan que los modelos de proceso son denominados de esta manera debido a que contemplan que el desarrollo del Síndrome de Burnout se da a partir de un proceso el cual se genera paulatinamente. Dentro de los modelos de proceso se encuentran el modelo tridimensional del MBI, el modelo de Edelwich y Brodsky, el modelo de Price y Murphy y el Modelo de Gil-Monte y Peiró.

Modelo tridimensional del MBI.

Este modelo tiene como representantes a Maslach (1982 citada en Quiceno & Vinaccia, 2007), Golembiewski et al. (1983 citados en Quiceno & Vinaccia, 2007), Leiter y Maslach (1988 citados en Quiceno & Vinaccia, 2007), Lee y Ashfort (1993 citados en Quiceno & Vinaccia, 2007) y Gil-Monte (1997 citado en Quiceno & Vinaccia, 2007). El modelo parte de la consideración de los aspectos cognitivos (baja realización personal), emocionales (cansancio emocional) y conductuales (despersonalización) para el desarrollo del Síndrome de Burnout.

Modelo de Edelwich y Brodsky.

Edelwich y Brodsky (1980 citados en Quiceno & Vinaccia, 2007) consideran que el Burnout es un proceso de desilusión o desencanto hacia la actividad laboral el cual se da por medio de cinco fases como entusiasmo, estancamiento, frustración, apatía y del quemado, considerando que la apatía es un mecanismo de defensa ante la frustración.

Modelo de Price y Murphy.

Para Price y Murphy (1984 citados en Quiceno & Vinaccia, 2007) el Burnout es un proceso adaptativo ante situaciones de estrés laboral. Este síndrome se compone de seis fases como a) desorientación, b) labilidad emocional, c) culpa, originada por el fracaso profesional, d) soledad y tristeza, que si son superadas conllevan a la fase de e) solicitud de ayuda y f) equilibrio.

Modelo de Gil-Monte y Peiró.

Gil-Monte y Peiró (1997) consideran al Síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral crónico caracterizada por ideación de fracaso profesional, la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado y actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja. Este síndrome se acompaña de la experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes que generan alteraciones psicofisiológicas en las personas y consecuencias negativas para las instituciones laborales.

Para estos autores, el origen del Síndrome de Burnout se puede explicar desde los modelos cognitivos y transaccionales del estrés laboral propuestos por Cox y Mackay (1981 citados en Gil-Monte & Peiró, 1999) y Lazarus y Folkman (1986 citados en Gil-Monte & Peiró, 1999). El Burnout se originaría cuando un individuo se percata que presenta estrés laboral (posterior al proceso de reevaluación cognitiva) por lo que evalúa que las estrategias de afrontamiento utilizadas para reducir el mismo no son las más eficaces. Como consecuencia de ello, el individuo comienza a percibir baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Las cogniciones y las emociones son variables mediadoras entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales. Las actitudes de

despersonalización aparecen como estrategia de afrontamiento ante la experiencia de la baja realización personal y del agotamiento emocional (ver Figura 1) (Gil-Monte & Peiró, 1999).

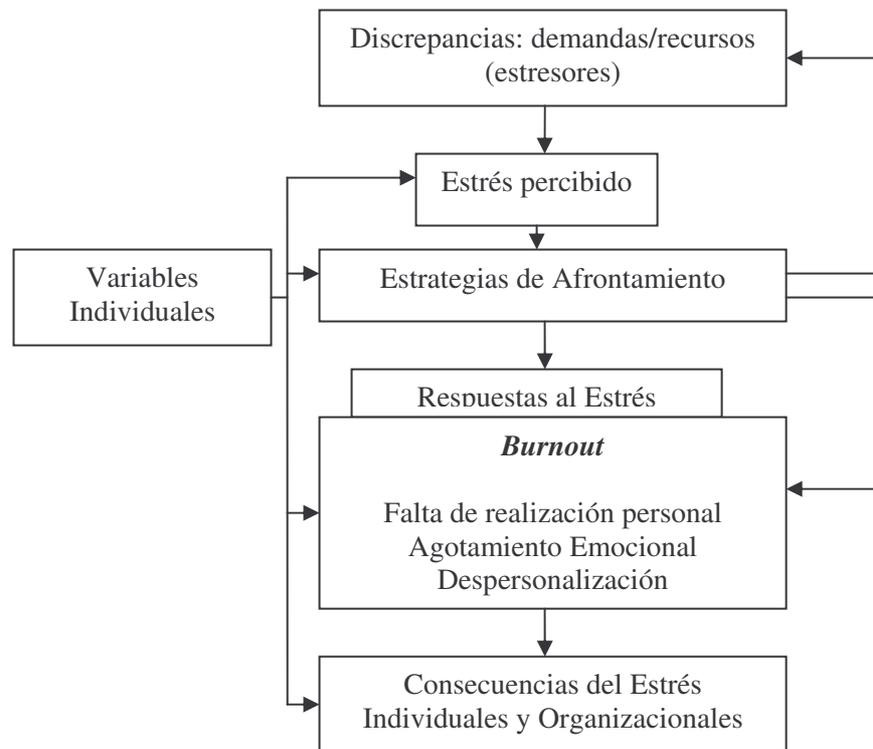


Figura 1. Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)

A partir de estudios realizados con metodología cualitativa y de carácter exploratorio (Gil-Monte, Bravo, Rodríguez & Caballer, 2001 citados en Gil-Monte, 2003), Gil-Monte (2003) postula que los sentimientos de culpa podrían ser una dimensión del Síndrome de Burnout adicional a las tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal). De esta manera, cabe la posibilidad de identificar, al menos, dos patrones en el desarrollo del síndrome. Un patrón, denominado tipo A, en el que el individuo desarrolla despersonalización como estrategia de afrontamiento para manejar el estrés laboral de tal manera que se pueda adaptar al entorno laboral, y aunque no desaparezcan las fuentes de estrés

pueda convivir con ellas; sin embargo, la calidad de su trabajo será deficiente debido a que esa respuesta resulta disfuncional para los pacientes y para la propia organización (Gil-Monte, 2003).

Este patrón tipo A puede llegar a convertirse en el patrón tipo B debido a la influencia de variables psicosociales tales como falta de reciprocidad, conflictos interpersonales, estrés de rol, agresiones, sobrecarga, entre otros, por lo que el individuo puede llegar a presentar sentimientos de culpa como consecuencia de las actitudes y sentimientos de despersonalización (Gil-Monte, 2003).

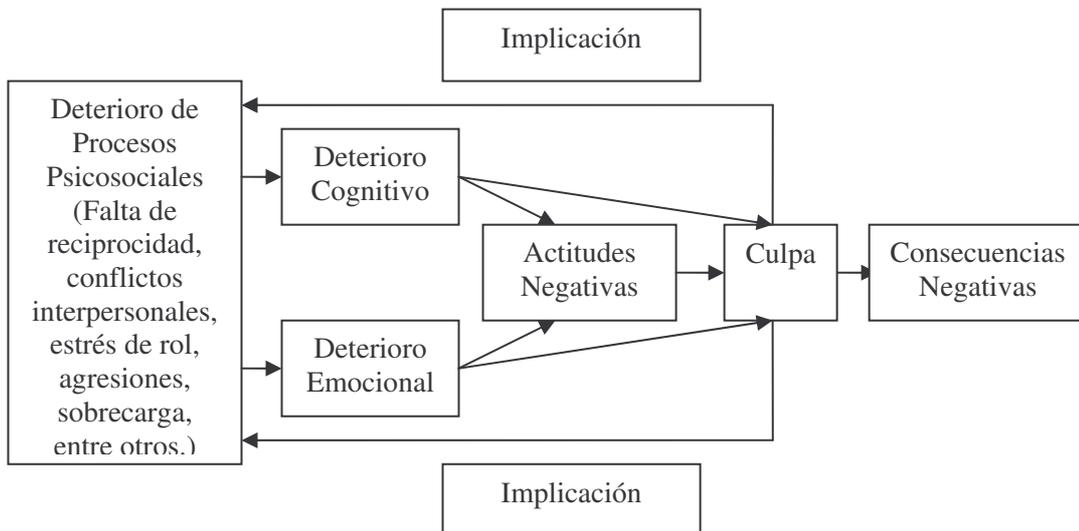


Figura 2. Modelo de Gil-Monte (2003) del Síndrome de Burnout en el que se integra la dimensión de culpa.

Los sentimientos de culpa llevarán a los profesionales a una mayor implicación laboral para disminuir su culpabilidad, pero como las condiciones del entorno laboral no cambian, disminuye la realización personal en el trabajo y aumentan los niveles de cansancio emocional y despersonalización. Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa o intensificación de los existentes, originando un bucle (ver Figura 2). De esta manera, a mediano o a largo plazo se

produce un deterioro en la salud de los individuos, aumentará la tasa de absentismo y el deseo de abandonar la organización y la profesión (Gil-Monte, 2003).

Perspectiva del Síndrome de Burnout según Maslach

Tal y como se mencionó en el apartado de conceptualización, Maslach y Jackson (1986) plantean que el Síndrome de Burnout es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico caracterizada por tres dimensiones entre las que se encuentran el agotamiento físico y/o psicológico, las actitudes de despersonalización en la relación con los demás y la sensación de ineffectividad o falta de realización personal. A continuación se detallan como son y como se manifiestan las tres dimensiones del Síndrome de Burnout.

Cansancio emocional (CE)

El cansancio emocional es considerado como la manifestación más evidente y la cualidad central del Síndrome de Burnout (Alcover et al., 2004). Se entiende como fatiga, falta de energía y sensación de agotamiento. El cansancio y la fatiga que se experimentan ante la presencia de esta dimensión del síndrome pueden manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos (Albaladejo et al., 2003). Puede acompañarse de sentimientos de tensión y frustración en la medida que se va perdiendo la motivación frente al trabajo, estos sentimientos se ven exacerbados cuando el individuo percibe que su trabajo no le ofrece oportunidades para progresar (Cordes & Dougherty, 1993).

Cuando el individuo experimenta esta dimensión del Burnout refiere como si su trabajo le “vaciera” emocionalmente. Este componente probablemente promueve el alejamiento o distanciamiento emocional y cognitivo del trabajador frente al puesto de trabajo e incluso de la familia y amigos con el fin de sobrellevar el exceso

de carga emocional (Alcover et al., 2004). La presencia de esta dimensión conlleva a que la persona se sienta desgastada y con la necesidad de emplear todos sus recursos al límite, por ello se entiende como la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás (Aragón & Rubio, 2003; Quiceno & Vinaccia, 2007; Ríos & Williams, 2006).

Pese a que en un comienzo se define el cansancio en términos puramente emocionales, Leiter y Maslach (1988) amplían su definición, incluyendo al agotamiento físico el emocional dado que se observó que se manifiesta tanto en la salud mental como física del individuo. El agotamiento no es simplemente experimentado, sino que genera en las personas la necesidad de realizar acciones para distanciarse emocional y cognitivamente del trabajo, presumiblemente como una forma de lidiar con la sobrecarga. En el caso de trabajos que tienen que ver con el servicio a personas, las demandas emocionales pueden “minar” la capacidad de la persona para involucrarse y responder a las necesidades particulares de los usuarios (Maslach, Leiter & Schaufeli, 2001 citados en Buzzetti, 2005). Este componente representa la dimensión básica e individual del estrés en el Burnout (Buzzetti, 2005).

Despersonalización (DP)

Maslach y Jackson (1981) definen a la despersonalización como la segunda dimensión que se manifiesta a través del desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. La despersonalización se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el trabajo. El profesional trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo sino también de los miembros del equipo con los que trabaja (incluyéndose

compañeros y jefes), mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando a veces etiquetas despectivas para aludir a los usuarios, tratando de hacerles culpables de sus frustraciones y del descenso de su rendimiento laboral.

Maslach y Jackson (1981) consideran que la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa para los profesionales, pero esta misma respuesta, en grado excesivo, demostraría sentimientos patológicos hacia los otros, de insensibilidad y cinismo.

Este componente fomenta el alejamiento del trabajo a fin de reducir la sobrecarga producida por el mismo, teniendo en cuenta que quien lo llega a presentar puede manifestar desinterés por el cliente atendiéndolo de forma rutinaria, y en ocasiones de manera “cosificada” como meros números, por ejemplo; el de la habitación 22, el de la 312, el de la 714 (Albaladejo et al., 2003; Alcover et al., 2004; Ríos & Williams, 2006).

Maslach y Leiter (1997 citados en Buzzetti, 2005) también llaman a la despersonalización como cinismo sin que ello altere la definición de la misma. Se entiende al cinismo como un mecanismo que permite reducir al mínimo las emociones que podrían interferir con el funcionamiento del individuo en situaciones de crisis. En algunas situaciones, el cinismo puede resultar apropiado y funcional para el funcionamiento eficaz en la organización, pero este no resulta eficaz cuando se vuelve una condición extrema como ocurre en el Síndrome de Burnout. Para Buzzetti (2005) este componente representa la dimensión del contexto interpersonal del Burnout.

Falta de realización personal en el trabajo (FRP)

Maslach y Jackson (1981) consideran que la falta de realización personal en el trabajo surge cuando el profesional verifica que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para atenderlas de forma competente lo que genera respuestas negativas hacia si mismo y hacia su trabajo, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y baja autoestima. En otras palabras, los empleados sienten que no se desempeñan tan bien como lo hacían en un comienzo (Buzzetti, 2005). Así mismo, se puede presentar la constante sensación de falta de progreso y la persona se siente inefectiva, aumenta su sentimiento de inadecuación y cada nuevo proyecto es sentido como abrumador (Maslach & Leiter, 1997 citados en Buzzetti, 2005).

Para Albaladejo et al. (2003), Marrero (2003), Quiceno y Vinaccia (2007) y Ríos y Williams (2006) la falta de realización personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso en dar sentido personal al trabajo. Al presentarla se experimentarían sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencia de expectativas y horizontes en el trabajo y una insatisfacción generalizada. Como consecuencias de la falta de realización personal se encuentran la impuntualidad, la abundancia de interrupciones, la evitación del trabajo, el absentismo y el abandono de la profesión. La falta de realización personal, según Buzzetti (2005), se refiere a la dimensión de autoevaluación del Burnout.

Psicología de la salud

En este apartado se presenta la conceptualización de lo que hoy en día se ha definido como salud, psicología de la salud, prevención y calidad de vida; esto se

realiza con el propósito de tener en cuenta estos conceptos y de esta forma fortalecer el desarrollo del presente estudio.

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) se define a la salud como “El estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades” (p. 1). Autores como Lalonde (1974) conceptualizan a la salud como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como macro (social). Lalonde (1974) postula, además, que el concepto de salud tiene relación con la armonía entre el ser humano y el medio ambiente, en este sentido la salud es entendida como un proceso dinámico y activo que busca el equilibrio bio-psico-social en el individuo.

De la misma manera, la Psicología de la Salud es entendida como:

La suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud (Matarazzo, 1980, p. 808)

En cuanto al objetivo de la psicología de la salud, Latorre y Beneit (1994) consideran que desde este campo de la psicología se pretenden comprender los cambios producidos en el ser humano cuando se enfrenta a una determinada enfermedad. Además, se buscan identificar las variables que influyen en el desarrollo de hábitos de salud, centrándose en la promoción y el mantenimiento de la misma.

Igualmente, el campo de la psicología de la salud se interesa por el estudio de

los procesos psicológicos que hacen parte de la condición de salud, el riesgo de enfermar, la condición de enfermedad y la recuperación, como también las situaciones interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud a fin de incluir acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención de los enfermos (Morales, 1997).

Dentro de la psicología de la salud se abordan dos conceptos de vital importancia para la misma conocidos como: Prevención de la Salud y Calidad de Vida.

Prevención de la salud

El concepto de prevención es tomado del campo de la salud pública. La prevención de la salud tiene como objetivo encaminar un conjunto de acciones en salud para evitar una enfermedad específica. A su vez, la prevención se enfoca hacia la detección temprana de las enfermedades y de los factores de riesgo asociados a las mismas. Ejemplos de acciones preventivas son la aplicación de vacunas, la realización de pruebas diagnósticas para detectar enfermedades (como el cáncer, el VIH, la diabetes, entre otras), la utilización de métodos anticonceptivos, entre otros (Oblitas, 2000).

Una acción preventiva supone conocer a) las variables que generan el problema y su posible evolución, b) las conductas que se podrían desarrollar en la población con el propósito de que los daños sean los menos posibles, c) los procedimientos o métodos de cambio de estas conductas y d) los procedimientos metodológicos que posibiliten valorar los efectos de la intervención (Méndez, Macià & Olivares, 1993).

Caplan (1964 citado en Méndez et al., 1993) plantea que existen básicamente tres tipos de prevención conocidos como primaria, secundaria y terciaria.

Prevención primaria.

La prevención primaria se encuentra dirigida hacia evitar la aparición de la enfermedad o la difusión de un agente patógeno. Su atención se encamina hacia la reducción o eliminación de aquellos factores o condiciones del medio, tanto físico como humano, asociados a la aparición del problema o al aumento de los recursos personales de los individuos o conductas saludables que puedan neutralizar la futura aparición de la enfermedad. Este tipo de prevención pretende abarcar a la totalidad de la población y especialmente a los denominados grupos de riesgo con el fin de ejecutar acciones educativas e informativas tales como campañas (informativas y de sensibilización social), capacitaciones y actividades de tiempo libre, entre otras (Caplan, 1964 citado en Méndez et al., 1993).

Prevención secundaria.

Desde la prevención secundaria se pretende detener el avance o deterioro en la salud durante las primeras fases de la enfermedad a fin de retrasar sus consecuencias para el individuo. Su atención se dirige hacia la detección temprana de los casos o conductas de riesgo relacionadas con la enfermedad con el fin de modificarlas (Caplan, 1964 citado en Méndez et al., 1993).

Prevención terciaria.

La prevención terciaria se encuentra enfocada hacia la reducción de las consecuencias o efectos del problema o enfermedad. Dentro de este tipo de prevención se pone especial énfasis en la prevención de la recaída a través de

intervenciones y estrategias terapéuticas que conduzcan a este objetivo (Caplan, 1964 citado en Méndez et al., 1993).

Calidad de vida

El concepto de calidad de vida fue retomado desde el campo de la medicina por la psicología de la salud. Desde la psicología de la salud se postula que no solo es importante para la recuperación de un paciente la cura, la supervivencia y la cantidad de vida sino que también es relevante la calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 1994).

La calidad de vida no es un concepto simple, sino un constructo multidimensional compuesto por diferentes dominios. Campbell (1976 citado en Fernández-Ballesteros, 1994) y Diener (1984 citado en Fernández-Ballesteros, 1994) describen a la calidad de vida como un juicio subjetivo del grado en el que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o un sentimiento de bienestar personal.

Según Haes y Van Knippenberg (1985 citado en Fernández-Ballesteros, 1994) la calidad de vida se compone al menos por cinco dominios como a) el estatus funcional que se refiere a la capacidad para ejecutar una serie de actividades que son normales para la mayoría de las personas como el autocuidado, movilidad, actividades físicas y de rol, b) los síntomas físicos relacionados con la enfermedad y con el tratamiento que informa la propia persona, c) el funcionamiento psicológico evaluando el estrés psicológico, sobre todo ansiedad y depresión, d) el funcionamiento social, es decir la interacción social o las relaciones personales del individuo y e) la evaluación global la cual debería limitarse a áreas relacionadas con la salud.

Fernández (1994 citado en Cáceres, Montoya & Ruiz, 2003) plantea que la calidad de vida incluye los siguientes aspectos a) las capacidades cognitivas, conductuales y de bienestar emocional, b) el sentimiento subjetivo de bienestar y satisfacción vital, c) las condiciones socio-materiales objetivas de existencia y la percepción subjetiva de las mismas, d) la satisfacción derivada de las condiciones materiales reales, concretas y psicológicas de las personas, e) la percepción subjetiva del nivel de salud personal y su capacidad para comportarse de una forma satisfactoria y f) la percepción de la utilidad del significado de vivir y la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano.

Motivación

Conceptualización

El origen de la palabra motivación proviene del latín *motum*, el cual significa moveré o mover (Reeve, 1994). Entre los autores más importantes frente al estudio de la motivación se encuentran Blum y Naylor (1977), Reeve (1994) y Robbins (2004 citado en Bedodo & Giglio, 2006). Diversos autores postulan que la motivación es un proceso entre quienes se encuentran Blum y Naylor (1977), Chiavenato (1994), Dunham y Smith (1985), Reeve (1994) y Robbins (2004 citado en Bedodo & Giglio, 2006).

Dunham y Smith (1985) consideran que la motivación es un proceso interno que influye en la dirección, persistencia y vigor de la conducta dirigida a una meta. Reeve (1994), por su parte, conceptualiza a la motivación como:

Una causa hipotética de la conducta inducida por las condiciones ambientales (por ejemplo, privación de alimento) o que se puede inferir de las expresiones (o categorías) conductuales, fisiológicas y de autoinforme. Es un proceso

dinámico puesto que los estados motivacionales se encuentran en un continuo flujo o en un estado de crecimiento y declive perpetuo (p. 12).

Las categorías como las expresiones conductuales, fisiológicas o de autoinforme permiten suponer, según Reeve (1994), que la motivación no siempre resulta ser fácil de observar. En este sentido, el estudio de la motivación puede entenderse como “La búsqueda de las condiciones antecedentes al comportamiento energizado y dirigido” (Reeve, 1994, p. 2).

La primera categoría son las medidas fisiológicas que se relacionan con los cambios o alteraciones del sistema nervioso y endocrino frente a determinados estímulos, el autoinforme se fundamenta en evaluaciones de cada individuo acerca de sus niveles motivacionales y dentro de la conducta abierta se encuentran seis medidas que expresan motivación como a) la latencia en que se produce una respuesta tras la exposición a un estímulo, b) la persistencia o intervalo de tiempo entre el comienzo y el cese de la respuesta, c) la elección o preferencia de la persona frente a diversos estímulos, d) la amplitud o intensidad de la respuesta del individuo ante un estímulo, e) la probabilidad de que ocurra la respuesta en proporción al número de oportunidades para que suceda y f) las expresiones faciales y gestos corporales que indican aspectos emocionales del comportamiento (Reeve, 1994).

Por otra parte, Robbins (2004 citado en Bedodo & Giglio, 2006) concibe a la motivación como:

Proceso que da cuenta de la intensidad, dirección y persistencia del esfuerzo de un individuo para conseguir una meta. La motivación presenta tres elementos principales como la intensidad, el esfuerzo y la persistencia. La intensidad consiste en la medida de esfuerzo que la persona utiliza para lograr

su objetivo. Este esfuerzo deberá canalizarse en la dirección de la meta deseada. La persistencia se refiere a la medida de tiempo en que una persona sostiene dicho esfuerzo (p. 155).

Blum y Naylor (1977) y Chiavenato (1994) señalan que la motivación es un proceso complejo en el que las necesidades, según Blum y Naylor (1977), están determinadas por desequilibrios fisiológicos internos, experiencias previas y la interacción entre ambos factores. La motivación se ve influenciada por las características individuales de la persona, experiencia, factores psicológicos y sociales, entre otros, además es un proceso dinámico y cambiante que se consolida como una herramienta que puede implementar el individuo de acuerdo a sus expectativas y necesidades que fluctúan dependiendo del contexto en el que se desenvuelve (Chiavenato, 1994).

Siguiendo a Chiavenato (1994) la motivación impulsa el comportamiento del individuo hacia una dirección determinada de tal forma que permite su orientación y mantenimiento así como también facilita la consecución de objetivos y metas específicas (Chiavenato, 1994; López, 2005). Para López (2005), el comportamiento es motivado ya sea por impulsos, deseos, necesidades, tendencias, y se orienta hacia algún objetivo.

Por su parte, Ardila (1977) indica que la motivación es una variable intermediaria entre el pensamiento y la acción consolidándose como un concepto hipotético puesto que la motivación no se observa, sino el comportamiento motivado. La motivación inicia el comportamiento, lo sostiene, le permite adquirir ciertas respuestas y activar respuestas anteriormente aprendidas.

El concepto de motivación ha sido principalmente objeto de estudio de la psicología, como también ha sido conceptualizado desde diferentes teorías psicológicas y disciplinas. En primer lugar, desde las teorías psicológicas, la teoría psicoanalítica relaciona a la motivación con las pulsiones inconscientes que determinan la vida psíquica del individuo. Desde perspectivas humanistas se plantean modelos integrados y jerarquizados donde diferentes procesos son analizados a través de la fuerza motivacional. Por otra parte, el modelo sistémico y la cibernética de primer orden no incluyen en sus teorías el concepto de motivación, puesto que plantean la autorregulación. De forma paralela, la perspectiva cognitiva se fundamenta en la metáfora del ordenador e ignora en parte, procesos como la emoción y motivación. Para disciplinas como la fisiología la motivación es el resultado de una reacción homeostática que pretende disminuir la tensión fisiológica generada ante un estado de insatisfacción o necesidad (Bedodo & Giglio, 2006).

Desde la psicología el estudio de la motivación se centra en abordar al individuo teniendo en cuenta dos factores, los cambios psicológicos y diversas experiencias previas lo que permite reconocer que la motivación puede originarse desde el interior del individuo o por factores que actúan sobre él desde el exterior los cuales pueden interactuar mutuamente en todo momento (Chiavenato, 1994).

El concepto de motivación ha tenido diversas aplicaciones en muchas disciplinas, pero es principalmente en la educación, el aprendizaje, el deporte y el trabajo en donde su utilidad ha sido mayor lo cual ha dado lugar al aumento de estudios en torno a la misma, como también al impulso de programas y estrategias que promuevan que la motivación permanezca constante a través del tiempo (Sikula, 1991).

Definición de motivo

Considerando que la motivación es lo que impulsa a que una persona realice una actividad, se entiende por motivos a las fuerzas hipotéticas internas que impulsan, guían y canalizan la conducta. Los motivos permiten que las personas ejecuten conductas de acercamiento o alejamiento de diferentes recompensas y castigos. Se les podría considerar como las fuerzas que se encuentran tras la conducta sin llegar a ser la conducta en si misma (Cohen, 1978).

Los motivos se clasifican en dos tipos entre los que se encuentran los motivos primarios y los secundarios. Los motivos primarios son aquellos motivos que se constituyen como la base para los motivos secundarios dado que son necesarios para la supervivencia del individuo (como por ejemplo el hambre, la evitación del dolor, el sueño y la sed) y para la conservación de la especie (como por ejemplo, el sexo).

Los motivos primarios siempre son innatos y tienen una fuerte base fisiológica a diferencia de los motivos secundarios. Los motivos secundarios no son significativos en la preservación del individuo y en la conservación de la especie y pueden ser adquiridos mediante el aprendizaje. A su vez, los motivos secundarios se dividen en motivos secundarios personales y sociales. Los motivos secundarios personales son relativamente independientes de los grupos sociales y de la dinámica social a diferencia de los motivos secundarios sociales que dependen relativamente de los grupos sociales y de la dinámica social (Cohen, 1978).

Etapas del proceso motivacional

El proceso de la motivación surge de una demanda interna del organismo que corresponde al motor de la acción, provocando la retroalimentación de determinadas consecuencias del comportamiento (Bedodo & Giglio, 2006; Reeve, 1994). Para

Bedodo y Giglio (2006) y Reeve (1994), los motivos se encuentran enmarcados en un proceso cíclico de cuatro etapas como a) anticipación, b) activación y dirección, c) conducta activa y retroalimentación (*feedback*) del rendimiento y d) resultado (ver Figura 3).

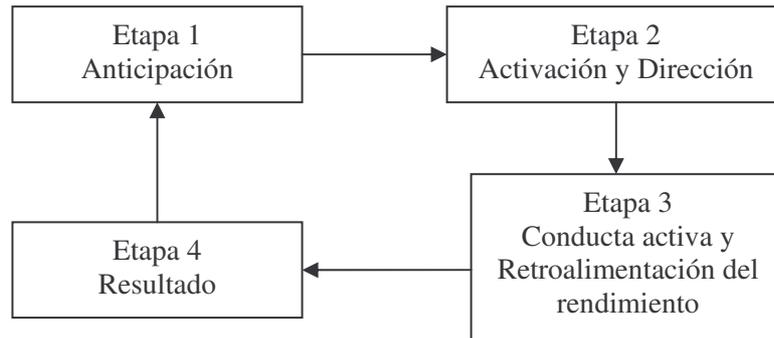


Figura 3. Etapas del proceso motivacional (Bedodo & Giglio, 2006; Reeve, 1994)

Etapa 1: anticipación

Durante la fase de anticipación, el individuo posee alguna expectativa de la emergencia y de la satisfacción de un motivo. Esta expectativa se caracteriza por un estado de privación y por el deseo de alcanzar una meta (Bedodo & Giglio, 2006; Reeve, 1994).

Etapa 2: activación y dirección

En la fase de activación y dirección, el motivo es activado por un estímulo intrínseco o extrínseco y este a su vez legitima la conducta que se originará a continuación (Bedodo & Giglio, 2006; Reeve, 1994).

Etapa 3: conducta activa y retroalimentación del rendimiento

Durante la fase de conducta activa y el *feedback* del rendimiento, el individuo participa en conductas dirigidas que le permiten aproximarse a un objeto o meta deseable o distanciarse de un objeto o meta aversivo. Por medio de los esfuerzos de

enfrentamiento y de la retroalimentación de éxito o fracaso el individuo evalúa la efectividad de la conducta dirigida (Bedodo & Giglio, 2006; Reeve, 1994).

Etapas 4: resultado

En la fase de resultado el individuo experimenta las consecuencias de la satisfacción del motivo y cuando este no se satisface la conducta persistirá (Bedodo & Giglio, 2006; Reeve, 1994).

Modelos explicativos de la motivación

La motivación puede ser entendida desde diferentes modelos explicativos como el modelo fisiológico, el modelo conductual y el modelo cognitivo. Las diferencias entre estas perspectivas estriban en la causa de la motivación; sin embargo, sus teorías poseen muchos puntos en común que deben considerarse como complementarios (Bedodo & Giglio, 2006).

Modelo fisiológico

El modelo fisiológico se encarga del estudio de cómo el cuerpo se prepara para la acción partiendo de que la conducta es una compleja interacción entre las estructuras cerebrales y los sistemas nervioso y endocrino. En esta perspectiva se enfatizan las bases biológicas de la motivación, explorando como los sistemas nervioso y endocrino inciden en los motivos y emociones (Reeve, 1994).

Modelo conductual

Desde esta perspectiva la motivación extrínseca e intrínseca tienen un importante papel al intentar explicar la conducta de las personas (Reeve, 1994).

Motivación extrínseca.

Reeve (1994) considera que la motivación extrínseca tiene relación con las fuentes ambientales externas, existiendo fuentes artificiales de motivación que han sido programadas socialmente como por ejemplo, halagos y dinero.

Motivación intrínseca.

Si las recompensas extrínsecas son insuficientes los individuos pueden activar conductas intrínsecamente motivadas. Bandura (1982 citado en Reeve, 1994) denomina a este tipo de motivación como interés intrínseco que surge espontáneamente por tendencias internas y necesidades psicológicas que motivan la conducta.

Modelo cognitivo

Reeve (1994) propone que el significado de la información genera expectativas, metas y planes que se convierten en agentes activos, posibilitando la aparición de fenómenos motivacionales para dirigir el comportamiento a una secuencia de acción particular (Reeve, 1994).

Motivación en el trabajo

En este apartado se presentan los conceptos relacionados con la motivación en el trabajo a fin de suscitar mayor claridad en el lector en cuanto a su diferenciación con la Motivación para el Trabajo (Toro, 1992 b).

En el contexto laboral un empleado puede estar dotado con un equipo físico, capacidades y maquinaria necesaria para llevar a cabo una actividad, sin embargo lo anterior no garantiza que el individuo realice la tarea. La cualidad que lo impulsa a emprender la acción para la realización de la actividad se refiere a la motivación humana dentro del trabajo o motivación laboral. La motivación en el trabajo hace

parte del objeto de estudio de la psicología organizacional y está relacionada de forma específica con el desempeño del empleado en la organización y con la consecución de los objetivos que se trazan en la misma (Reeve, 1994).

Dentro de las organizaciones es posible que se tienda a simplificar el concepto de motivación puesto que con frecuencia se ha considerado que los individuos trabajan solamente para ganar dinero (Reeve, 1994); sin embargo, la motivación en el trabajo puede ser conceptualizada como una fuente de satisfacción y de bienestar generando beneficios tanto para la persona como para la organización (Palaci, 2005). En el contexto laboral es importante conocer las causas que estimulan la acción humana puesto que a través del conocimiento de la motivación se pueden modificar algunos elementos relacionados con la misma a fin de que la organización funcione de forma adecuada y los miembros se sientan más satisfechos (López, 2005).

Alcover et al. (2004) y Palaci (2005) definen a la motivación laboral como el conjunto de fuerzas internas y externas que inician comportamientos relacionados con el trabajo y determinan su forma, dirección, intensidad y persistencia. Desde la perspectiva teórica de Palaci (2005) la motivación en el trabajo se compone por dos conceptos conocidos como *engagement* y *flow*. Los antecedentes de estos conceptos se sitúan cerca de los años 40 y 60, cuando Maslow (1943 citado en Palaci, 2005) postula una de las teorías de la motivación laboral. Por *engagement* se entiende a un estado afectivo positivo relativamente persistente caracterizado por el vigor (altos niveles de energía y activación mental en el trabajo), la dedicación (altos niveles de entusiasmo, orgullo e inspiración en el trabajo) y la absorción o concentración en el trabajo (concentración y dificultad para desligarse del trabajo). El *engagement* no es

el único concepto que hace parte de la motivación en el trabajo puesto que un proceso muy cercano es el del *flow* entendido como la experiencia óptima de disfrute que acontece cuando una persona se siente motivada y capacitada para realizar una actividad que implica un desafío (Palaci, 2005).

Teorías de la motivación en el trabajo desde la psicología organizacional

La psicología organizacional considera que existen dos tipos de teorías principales para explicar la motivación en el trabajo. Los enfoques organizacionales recurren a la utilización de metáforas como elementos organizadores de la motivación en el trabajo. Estas teorías parten de dos metáforas en las cuales se compara a la persona como máquina y a la persona como dios (Landy & Conte, 2005).

Teorías de la persona como máquina

Dentro de la teoría de la persona como máquina se encuentra la teoría mecánica interna o teoría de necesidades propuesta por Maslow, la teoría de las tres necesidades de McClelland, la teoría de los dos factores o bifactorial de Herzberg y la teoría ERC de Alderfer.

Teoría de la jerarquía de las necesidades de Maslow.

Esta teoría fue establecida por Maslow (1943 citado en Alcover et al., 2004; Blum & Naylor, 1977; Chaparro, 2008; Dunham & Smith, 1985; Landy & Conte, 2005; López, 2005; Sikula, 1991) quien considera que los seres humanos poseen un conjunto de necesidades y que las mismas se expresan a lo largo de la vida como impulsos internos. Para este autor, cada persona tiene un conjunto de necesidades que se organizan jerárquicamente y deben satisfacerse para poder continuar con el nivel superior.

La teoría de Maslow (1943) se ajusta a la teoría del hombre como máquina debido a que toma a la conducta humana como inconsciente y automática. Esta teoría ha permitido explicar la motivación en el trabajo debido a que reconoce la existencia de las necesidades en el trabajo (Landy & Conte, 2005).

Teoría de las tres necesidades de McClelland.

Esta teoría se fundamenta en tres de las necesidades más dominantes que participan en la motivación como las necesidades de logro, poder y afiliación. Las necesidades de logro corresponden al impulso por sobresalir y por alcanzar realizaciones sobre un conjunto de normas, es decir, por alcanzar el éxito. En cuanto a la necesidad de poder, esta se refiere a un impulso por influir en las personas y situaciones, generando cambios. Las necesidades de afiliación se relacionan con la tendencia de algunas personas por acercarse y establecer vínculos de cooperación y amistad, trabajando mejor cuando reciben felicitaciones por sus actitudes favorables y cooperativas (Bedodo & Giglio, 2006).

Teoría de los dos factores de la motivación o bifactorial de Herzberg.

Herzberg (2003 citado en Bedodo & Giglio, 2006; Chaparro, 2008) plantea que la motivación se genera por la búsqueda de una satisfacción óptima de necesidades produciendo a su vez satisfacción laboral. Existen dos grupos de factores que influyen en la motivación, el primero, se conoce como factores de higiene o factores de mantenimiento y corresponden a las condiciones que rodean a las personas cuando trabajan, como condiciones físicas y ambientales de trabajo, salario, beneficios sociales, políticas de la empresa, tipo de supervisión, clima de las relaciones entre directivos y empleados, reglamentos internos, oportunidades existentes, entre otras.

El segundo grupo de factores son los motivacionales o satisfactores, los cuales se relacionan con condiciones del empleo que generan motivación, satisfacción duradera y aumento de la productividad muy por encima de los niveles normales. Quizá este segundo grupo de factores planteados por Herzberg (2003 citado en Bedodo & Giglio, 2006; Chaparro, 2008) adquiere una enorme importancia para el mantenimiento de la motivación en el trabajo puesto que para este autor factores como la supervisión, el grupo de trabajo, el contenido del trabajo, el salario y las oportunidades de promoción pueden llegar a ser altamente valorados por las personas, especialmente el factor promoción usualmente llega a tener una estimación bastante alta debido a que determina la posibilidad de progresar y mejorar el status alcanzado.

Teoría ERC de Alderfer.

Alderfer (1969 citado en Bedodo & Giglio, 2006) propuso una jerarquía de necesidades con tres grandes niveles como necesidades de existencia, necesidades de relación y necesidades de crecimiento (ERC). Las necesidades de existencia se refieren a la provisión de los elementos básicos para la supervivencia del ser humano y se relacionan con aquellas necesidades que Maslow (1943) denominaba fisiológicas o básicas y de seguridad. Las necesidades de relación corresponden al deseo personal de establecer vínculos de importancia, denominadas por Maslow (1943) como necesidades sociales y de estima. Finalmente, las necesidades de crecimiento se refieren al anhelo de desarrollo individual, es decir de autorrealización. Esta teoría no parte del supuesto de una progresión gradual rígida de necesidades, sino de un ordenamiento flexible donde se puede pasar de necesidades sin satisfacción hacia otras (Bedodo & Giglio, 2006).

Teorías de la persona como dios

En los años 70 la psicología se dedicó exclusivamente a los estudios sobre la cognición humana; dentro de este periodo el estudio de la motivación y el de la motivación en el trabajo también hacían parte de la revolución cognitiva. La teoría mecánica de la motivación no incluía el concepto de elección, por lo tanto las teorías de la persona como dios aluden a que los trabajadores son seres racionales, capaces de almacenar y analizar información y de tomar decisiones con base en esta información (Dunham & Smith, 1985; Landy & Conte, 2005). Dentro de estas teorías se encuentran la teoría de las expectativas de Vroom y la teoría de la equidad de Adams.

Teoría de las expectativas de Vroom.

La teoría de las expectativas fue la primera teoría de la motivación en el trabajo que proponía que las personas ponderan las opciones antes de elegir entre ellas. Autores como Georgopolus, Mahoney y Jones (1957 citados en Landy & Conte, 2005) propusieron la teoría de las expectativas planteando que “Si un trabajador consideraba que la alta productividad era el camino para llegar a la meta de la recompensa deseada o a las metas personales, ese trabajador tendría mayor probabilidad de tener una alta productividad y viceversa” (p. 341).

Una aproximación de la teoría de las expectativas fue la presentada por Vroom (1964 citado en Landy & Conte, 2005) quien postuló la teoría VIE (valencia, instrumentalidad y expectativa). La valencia es la fuerza de la preferencia de una persona por recibir una recompensa y se refiere a la expresión del nivel de deseo que se tenga para alcanzar la meta propuesta constituyéndose como un indicador personal y único para cada empleado, además esta condicionada por la experiencia y cambia

con el tiempo cuando las necesidades se satisfacen para dar paso a nuevos deseos y requerimientos (Bedodo & Giglio, 2006). En cuanto a las expectativas, estas se refieren a la fuerza de convicción de que el esfuerzo relacionado con el trabajo producirá la realización de una tarea. La instrumentalidad se refiere a la idea que tiene el empleado de que recibirá una recompensa cuando haya realizado el trabajo (Bedodo & Giglio, 2006).

Según Bedodo y Giglio (2006) los tres factores propuestos por esta teoría pueden presentar infinitas combinaciones, siendo el resultado de estos factores la motivación. La combinación que genera mayor motivación se da por la elevada valencia positiva, alta expectativa y alta instrumentalidad.

Teoría de la equidad.

La teoría de la equidad propuesta por Adams (1963 citado en Dunham & Smith, 1985) brinda una explicación de la motivación por medio de los resultados como también realiza predicciones sobre los cambios en el comportamiento, es decir, determinar cual es la motivación para comportarse de una manera determinada. La teoría se sustenta en las percepciones del trabajador y en las comparaciones sociales involucradas en el proceso de percepción. Esta teoría plantea, además, que el individuo evalúa sus propias circunstancias al realizar una comparación con las circunstancias de otros.

La equidad cumple una importante función en la motivación. De forma regular, los individuos realizan una comparación entre lo que aportan al trabajo (esfuerzo, competencia, experiencia, educación, entre otros) y sus resultados (salario, aumento, reconocimiento) con lo que otros aportan al contexto laboral. Si dicha relación se considera como equivalente puede presentarse un estado de equidad, es

decir, a iguales aportes iguales resultados; sin embargo, si la relación parece inequitativa se genera un estado de desigualdad (Bedodo & Giglio, 2006).

Perspectiva de la motivación para el trabajo según Toro

Toro (1992 a) plantea que la motivación:

Se refiere al interés, esfuerzo y grado de persistencia que una persona aplica a la realización de una actividad laboral en particular; es transitoria y pasajera, es decir, es cíclica, ya que el comportamiento es un proceso continuo de solución de problemas y de satisfacción de necesidades a medida que aparecen. La motivación puede observarse en las acciones de un individuo, ya que hace parte del comportamiento en general y particularmente del desempeño ocupacional, aspectos que deben comprenderse como un efecto consecuente (p. 52).

La motivación se manifiesta a través de las preferencias, persistencia y vigor de la conducta motivada, es decir, los procesos motivacionales se evidencian a través de estas tres formas en la conducta del individuo por lo que la Motivación para el Trabajo esta dada a través de la eficiencia, la efectividad y productividad de los individuos (Toro, 1992 a).

Toro (1992 a) plantea que el comportamiento es el efecto de dos tipos de agentes como lo son las condiciones antecedentes y las condiciones intervinientes.

Condiciones antecedentes

Las condiciones antecedentes comprenden las causas o prerequisites de la acción como deprivación, saciedad, estímulos o refuerzos positivos o negativos, es decir, estas condiciones se refieren a las variables independientes del proceso motivacional. Las condiciones antecedentes se clasifican en condiciones sociales,

culturales y demográficas, factores de personalidad y condiciones o características del puesto de trabajo (Toro, 1992 a).

Condiciones sociales, culturales y demográficas.

Las condiciones sociales, culturales y demográficas comprenden para Toro (1992 a) a las siguientes variables como a) status alcanzado, b) rol desempeñado por un determinado individuo en una institución social, política, económica, religiosa y particularmente laboral y c) valores, creencias y actitudes que son aprendidos o modificados. Específicamente dentro de las condiciones demográficas se encuentran la edad, el género, la ocupación, el nivel socioeconómico, la salud, el estado civil y el grado de instrucción.

Factores de personalidad.

Toro (1992 a) menciona que dentro de los factores de personalidad existen diversas tendencias, patrones de comportamiento y reacciones del individuo que se sostienen o se modifican por la participación del mismo en actividades de tipo sociofamiliar y cultural. Dentro de esta categoría se encuentran algunas tendencias o patrones de comportamiento que condicionan la motivación puesto que por ejemplo, el uso de los conocimientos y de las habilidades personales por intermedio de la motivación puede afectar el desempeño laboral.

Condiciones o características del puesto de trabajo.

Las condiciones o características del puesto de trabajo son conceptualizadas por Toro (1992 a) como circunstancias o hechos externos al individuo los cuales han sido estructurados o definidos por la organización. Las condiciones del puesto de trabajo implican las características del puesto, posición en el organigrama, tareas y funciones, entre otros.

Condiciones intervinientes

Según Toro (1992 a) las condiciones intervinientes comprenden las capacidades o habilidades de la persona como también sus experiencias, orientación laboral, expectativas y motivación. Estas condiciones se dividen en conocimientos, habilidades, motivación y oportunidad.

Conocimientos.

Los conocimientos se constituyen como el conjunto de conceptos, definiciones, datos, hechos y sucesos que han sido asimilados y estructurados a lo largo de la vida por el individuo y se deben al proceso de socialización continua y de la experiencia personal (Toro, 1992 a).

Habilidades.

Dentro de las habilidades se incluyen todo el conjunto de operaciones intelecto-motoras, a través de las cuales los datos o hechos que provienen del contexto o medio ambiente son retenidos o procesados originando nuevos hechos o datos (Toro, 1992 a).

Motivación.

La motivación: “Engloba otro conjunto de factores y hechos que reciben la influencia de las condiciones antecedentes y que condicionan a su vez el desempeño” (Toro, 1992 a, p. 68).

Oportunidad.

La oportunidad define el comportamiento racional del individuo determinando el momento y las circunstancias en las cuales es adecuado realizar una acción, es decir, desempeñarse de un modo particular (Toro, 1992 a).

Tipos de condiciones motivacionales según Toro

Toro (1992 a) plantea la existencia de tres tipos fundamentales de motivaciones o condiciones motivacionales entre las que se encuentran condiciones motivacionales internas, medios preferidos para obtener retribuciones deseadas en el trabajo y condiciones motivacionales externas (ver Figura 4). No se puede comprender una condición motivacional interna sin considerar el medio externo, es decir, estos dos aspectos son dimensiones del mismo fenómeno motivacional.

Estas dimensiones se pueden discriminar y considerar de forma separada cuando el propósito es el análisis y la exploración, pero ninguna de las dimensiones con independencia de la otra, puede explicar satisfactoriamente la motivación.

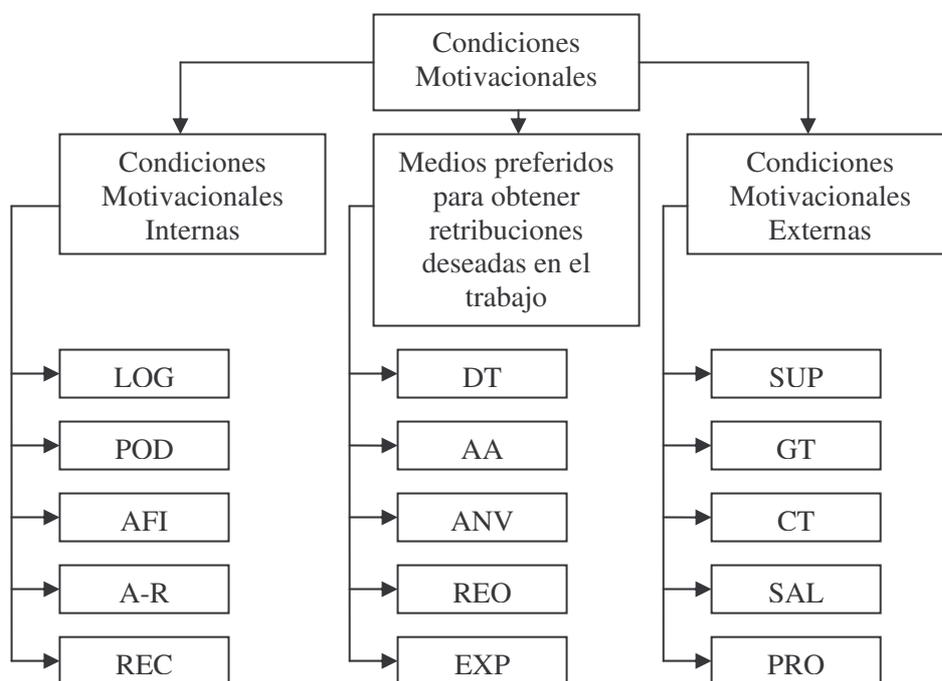


Figura 4. Condiciones motivacionales planteadas por Toro (1992 b).

Condiciones motivacionales internas

Para Toro (1992 a) las condiciones motivacionales internas se refieren a:

Aquellas condiciones intrínsecas que posee todo individuo y que le impulsan a seguir una determinada línea de acción y ejecución. No es posible comprender una condición motivacional interna sin tener en consideración el contexto, el medio externo que rodea a todo individuo o sujeto. El hecho obedece a que estos dos aspectos son dimensiones del mismo fenómeno motivacional (p. 59).

Este autor también plantea que las condiciones motivacionales internas describen los fenómenos que ocurren en el interior del organismo motivado. La importancia de esta dimensión radica en la preferencia, persistencia y vigor del comportamiento del individuo el cual se dirige a determinados sectores del ambiente externo. Las condiciones motivacionales internas están dadas por cinco factores como logro, poder, afiliación, autorrealización y reconocimiento (Toro, 1992 b).

Logro (LOG).

El logro se manifiesta por medio del comportamiento caracterizado por la intención de inventar, hacer y crear algo excepcional y obtener cierto nivel de excelencia con el propósito de lograr las metas o resultados. Generalmente no se manifiesta la acción hacia el logro cuando la dificultad de la tarea o actividad es demasiado alta o baja. Cuando se presenta una dificultad media de la tarea o actividad, se estimulan de mejor forma los comportamientos orientados al logro (Toro, 1992 b).

Poder (POD).

El poder se manifiesta por medio de deseos o acciones para ejercer dominio, control y/o influencia no solo con los individuos o grupos, sino también sobre los diferentes medios que permitan adquirir, mantener o consolidar el control sobre las posiciones de mando, influencia en los medios de comunicación y la acción sobre incentivos o recompensas (Toro, 1992 b).

Afiliación (AFI).

La afiliación se comprende como la expresión de intenciones o acciones para obtener o conservar relaciones de carácter afectivo satisfactorias con los demás individuos siendo sumamente importante el papel de la calidez de la relación (Toro, 1992 b).

Auto-realización (A-R).

La auto-realización comprende los deseos o la realización de actividades que posibiliten emplear las habilidades y conocimientos personales y el mejoramiento de los mismos (Toro, 1992 b).

Reconocimiento (REC).

El reconocimiento se manifiesta a través de la expresión de deseos o la realización de actividades con el fin de obtener de los otros atención, aceptación, admiración y credibilidad por lo que el individuo es, hace, sabe o esta en la capacidad de lograr (Toro, 1992 b).

Medios preferidos para obtener retribuciones deseadas en el trabajo

Toro (1992 b) plantea que como en otros fenómenos de tipo psicológico, se observan diferencias individuales en las condiciones motivacionales internas como en las condiciones motivacionales externas puesto que los individuos difieren en

cuanto a los medios que prefieren emplear para obtener retribuciones deseadas en sus trabajos, por ello, es importante la determinación de los valores o elementos que el individuo atribuye a diferentes tipos de desempeño con relación a los resultados o a las retribuciones deseadas. Los medios preferidos para obtener retribuciones deseadas en el trabajo incluyen cinco factores como dedicación a la tarea, aceptación de la autoridad, aceptación de normas y valores, requisición y expectación (Toro, 1992 b).

Dedicación a la tarea (DT).

Comprende formas de comportamiento que se caracterizan por la dedicación de tiempo, esfuerzo, iniciativa en el trabajo, deseo de superación, mostrar responsabilidad y calidad, como también derivar algún beneficio primario por la realización de la tarea. Es decir, la dedicación a la tarea se define como la intención de poner al servicio de la tarea los recursos, medios y condiciones personales con que cuenta el individuo (Toro, 1992 b).

Aceptación de la autoridad (AA).

Se relaciona con los modos de comportamiento que manifiestan acato, reconocimiento y aceptación tanto de las personas sobre las cuales recae la autoridad en la organización como también por las decisiones y actuación de esas personas. La aceptación de la autoridad se refiere también a comportamientos de sujeción frente a las determinaciones de personas o dependencias que tienen autoridad formal (Toro, 1992 b).

Aceptación de normas y valores (ANV).

Se manifiesta por medio de acciones que hacen realidad valores, creencias o normas que son fundamentales para el funcionamiento y la permanencia de la

persona dentro de la organización, evitando causar perjuicios al trabajo y a la organización, cumpliendo sus normas y políticas que permitan el logro de metas y objetivos (Toro, 1992 b).

Requisición (REQ).

Se expresa a través de comportamientos para obtener retribuciones deseadas, influyendo de forma directa en la persona que las concede por medio de la persuasión, la confrontación o la solicitud directa personal para obtener la retribución esperada (Toro, 1992 b).

Expectación (EXP).

Comprende el comportamiento que manifiesta expectativa, confianza y pasividad ante las decisiones de la organización o de las personas que tienen la autoridad. Las retribuciones deseadas se obtienen por iniciativa propia o benevolencia del superior más que por mérito personal (Toro, 1992 b).

Condiciones motivacionales externas

Para Toro (1990 a) “Esta dimensión comprende variables constituidas por eventos externos y otras personas o agentes; ambas coinciden en el hecho de contener variables externas al organismo, propias del contexto laboral u organizacional y del puesto de trabajo o área” (p. 63). La identificación de las condiciones motivacionales externas permitiría realizar el estudio del valor que cada individuo atribuye a los diferentes tipos de retribuciones que le ofrece la organización por su desempeño. Dentro de las condiciones motivacionales externas se encuentran cinco factores como supervisión, grupo de trabajo, contenido del trabajo, salario y promoción. (Toro, 1992 b).

Supervisión (SUP).

La supervisión se refiere al valor que todo sujeto atribuye a los comportamientos de consideración, reconocimiento o retroinformación que brindan los representantes de la autoridad en la organización hacia el individuo (Toro, 1992 b).

Grupo de trabajo (GT).

El grupo de trabajo comprende las condiciones sociales que el empleo brinda al individuo generando la oportunidad de estar en contacto con otras personas, participación en actividades colectivas, compartir y/o aprender de otras y con otras personas y la valoración que el individuo hace de esas condiciones (Toro, 1992 b).

Contenido del trabajo (CT).

El contenido del trabajo hace referencia a las condiciones intrínsecas del trabajo que brindan al individuo cierto nivel de autonomía, variedad, acceso a la información sobre su contribución a un determinado proceso o producto, la posibilidad de elaboración global de un producto y la valoración que la persona realiza de esas condiciones (Toro, 1992 b).

Salario (SAL).

El salario se refiere a las condiciones de retribución económica relacionadas con el desempeño de un individuo en un puesto de trabajo. Dependiendo de su grado y modalidad, la retribución puede brindar al individuo compensación por el esfuerzo, prestigio, seguridad de que puede atender sus necesidades personales y las de su familia y se refiere, además, a la valoración que realiza el individuo sobre la compensación económica (Toro, 1992 b).

Promoción (PRO).

La promoción es la perspectiva y la posibilidad de movilidad ascendente o jerárquica que un puesto de trabajo permite al individuo que se desempeña dentro de la organización. Teniendo en cuenta esa posibilidad, el individuo puede realizar proyecciones personales de progreso y prestigio, como también aproximarse a situaciones que requieren mayor responsabilidad. La promoción también se refiere al valor que el individuo atribuye a esta misma (Toro, 1992 b).

MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL

En este apartado se enuncian los conceptos claves teniendo en cuenta la postura teórica desde la que serán abordados para efectos del presente estudio.

Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout es entendido como una respuesta inadecuada al estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son un agotamiento físico y/o psicológico, una actividad fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se ha de realizar, más aún en el puesto de trabajo. Esta respuesta ante el estrés crónico esta compuesta por tres dimensiones conocidas como cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal (Maslach & Jackson, 1986).

Cansancio Emocional (CE)

Es la manifestación más evidente y la cualidad central del Síndrome de Burnout caracterizada por la promoción del alejamiento o distanciamiento emocional y cognitivo respecto del puesto de trabajo e incluso de la familia y amigos con el fin de sobrellevar el exceso de carga emocional (Alcover et al., 2004). También entendida como fatiga, falta de energía y sensación de agotamiento que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos (Albaladejo et al., 2003).

Despersonalización (DP)

Es la segunda dimensión del Síndrome de Burnout que se manifiesta a través del desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. La

despersonalización se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el trabajo (Maslach & Jackson, 1981).

Falta de Realización Personal en el trabajo (FRP)

Tercera dimensión que surge cuando el profesional verifica que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia si mismo y hacia su trabajo, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y baja autoestima (Maslach & Jackson, 1981).

Motivación para el Trabajo

La motivación para el trabajo se refiere al interés, esfuerzo y grado de persistencia que una persona aplica a la realización de una actividad laboral en particular. Puede observarse en las acciones de un individuo, ya que hace parte del comportamiento en general y particularmente del desempeño ocupacional, aspectos que deben comprenderse como un efecto consecuente (Toro, 1992 a).

Condiciones motivacionales internas

Las condiciones motivacionales internas se entienden como las condiciones intrínsecas que posee todo individuo, es decir, se relacionan con los fenómenos que ocurren en el interior del organismo motivado. Estas condiciones motivacionales internas se encuentran dadas por cinco factores como logro, poder, afiliación, auto-realización y reconocimiento (Toro, 1992 b).

Medios preferidos para obtener retribuciones deseadas en el trabajo

Se entienden como los valores o elementos que el individuo atribuye a ciertos tipos de desempeño en relación a los resultados o a las retribuciones deseadas. Los medios preferidos para obtener retribuciones deseadas en el trabajo incluyen cinco

factores como dedicación a la tarea, aceptación de la autoridad, aceptación de normas y valores, requisición y expectación (Toro, 1992 b).

Condiciones motivacionales externas

Se entienden como variables constituidas por situaciones externas y otras personas o agentes, propias del contexto laboral u organizacional y del puesto de trabajo o área. En las condiciones motivacionales externas se encuentran cinco factores como supervisión, grupo de trabajo, contenido del trabajo, salario y promoción (Toro, 1992 b).

MÉTODO

Perspectiva epistemológica

En el presente estudio se adoptó la postura epistemológica falsacionista, expuesta por Popper (1934 citado en Mardonés, 1991). La premisa central del falsacionismo es que el conocimiento científico se construye y valida intentando encontrar los errores en los postulados que se pueden derivar de las teorías, sometiéndolos a prueba empírica, más que en los esfuerzos por encontrar pruebas a favor de los mismos (Mardonés, 1991). En el caso particular de esta investigación se construyó un supuesto derivado de las teorías sobre el Síndrome de Burnout y la Motivación para el Trabajo que básicamente hipotetiza una relación entre estos dos constructos. Este supuesto fue sometido a prueba empírica utilizando un diseño metodológico específico cuyas características se describen más adelante.

Finalmente es importante señalar que el falsacionismo como postura epistemológica se encuentra ubicado históricamente dentro de la tradición galileana (misma en la que se encuentra el positivismo), en la medida en que su interés fundamental sigue siendo conocer como se producen los distintos fenómenos de la realidad, basándose en observaciones sistemáticas de la experiencia, buscando la objetividad y abogando por un método único en las ciencias (Mardonés, 1991).

Enfoque de la investigación

La presente investigación se estructuró metodológicamente a partir de los supuestos y lineamientos del paradigma cuantitativo de investigación. Desde esta perspectiva los fenómenos de estudio parten de la formulación y verificación de hipótesis de las que se pretende lograr un alto nivel de universalidad. Este estudio retomó los postulados teóricos más importantes frente al Síndrome de Burnout y la

Motivación para el Trabajo, y a partir de los supuestos identificados derivó hipótesis que luego fueron sometidas a prueba empírica (Cerde, 1994; Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Otra característica de este enfoque es la medición y cuantificación de la información por medio de procedimientos estandarizados que permitan su posterior análisis mediante la utilización de técnicas estadísticas (Cerde, 1994). Dentro de esta investigación se realizaron mediciones tanto del Síndrome de Burnout como de la Motivación para el Trabajo con el propósito de que los resultados arrojados por los instrumentos de medición psicológica pudieran ser interpretados a la luz de los hallazgos teóricos.

La investigación cuantitativa pretende ser lo más objetiva posible, es decir, los fenómenos objeto de estudio no deben ser afectados de ninguna forma por el investigador. El investigador debe evitar los sesgos subjetivos que posiblemente puedan llegar a alterar el estudio, minimizando sus preferencias personales, como también que sus temores, creencias, deseos y tendencias influyan en los resultados del estudio (Hernández et al., 2006).

Tipo de estudio

La presente investigación se inscribe como un estudio descriptivo-correlacional. En primer lugar, se encuentra dentro de los estudios descriptivos puesto que esta investigación tiene como propósito describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos, es decir, detallar cómo son y cómo se manifiestan en su ambiente natural las variables de estudio: Síndrome de Burnout y Motivación para el Trabajo (Hernández et al., 2006).

Así también esta investigación se ubica dentro de los estudios correlacionales puesto que tal y como se hace en este tipo de estudios, se midió el grado de asociación entre dos o más variables, realizando primero mediciones individuales de las mismas y después analizando el grado de relación existente entre ellas a través de técnicas estadísticas (Hernández et al., 2006).

Diseño

La presente investigación se encuentra dentro de los diseños no experimentales ya que se realizó sin la manipulación deliberada de las variables, definiéndose como de tipo transversal o transeccional debido a que la recolección de datos se llevó a cabo en un solo momento (Hernández et al., 2006).

Población

La población objeto de estudio comprende al personal de enfermería auxiliar del Hospital Infantil Los Ángeles en San Juan de Pasto (113 participantes). Dentro de este grupo se distinguen dos formas de vinculación a la Institución, por una parte 24 auxiliares de enfermería han sido contratados/as de manera directa es decir que hacen parte del personal de planta y por otra parte, 89 auxiliares de enfermería pertenecen a cooperativas de salud entre las que se encuentran: Fe y Alegría y Asistir. Del total de la población se contó con la participación de 111 auxiliares de enfermería ya que dos (2) sujetos se negaron a participar en la investigación.

Algunos estudios como el realizado por Demeuroti et al. (2000 citados en Albaladejo et al., 2003) indican que el 25% de la población de enfermería en una determinada institución se podría ver afectada por el Síndrome de Burnout. Teniendo en cuenta la condición progresiva del síndrome (Maslach & Jackson, 1986) y que diferentes factores del entorno organizacional podrían promover que este síndrome

sobrepase la estimación realizada por Demeuroti et al. (2000 citados en Albaladejo et al., 2003) se decidió trabajar con la totalidad de la población de enfermería auxiliar del HILA con el propósito de identificar no solamente la presencia del síndrome puesto que tal y como se afirmó anteriormente, es probable que sujetos que no presentan el síndrome o los que se encuentran en el nivel bajo puedan llegar en algún momento del tiempo a presentar puntuaciones altas en las diferentes dimensiones que evalúa el MBI, lo cual posiblemente evidenciaría una alta tendencia en los sujetos para el desarrollo del Síndrome de Burnout.

Procedimiento

A continuación se presentan las fases para el desarrollo de la presente investigación (ver Figura 5).

Fase 1. Presentación del proyecto a la institución

Se realizó la presentación del proyecto ante el Hospital Infantil Los Ángeles, específicamente para la revisión y/o aprobación, obteniendo la autorización del mismo por parte de Gerencia General, Gerencia Científica y Comité de Ética a través de una reunión con cada una de estas instancias en las que se dio a conocer un informe ejecutivo del proyecto de investigación.

Fase 2. Socialización del proyecto de investigación y diligenciamiento de consentimiento informado con la población objeto de estudio

Antes de la realización de las mediciones tanto del Síndrome de Burnout como de la Motivación para el Trabajo, se realizó una reunión con el personal de enfermería auxiliar del Hospital Infantil Los Ángeles con el fin de dar a conocer las características generales de la investigación a través del documento de consentimiento informado (Ver anexo B) el cual contiene información sobre los

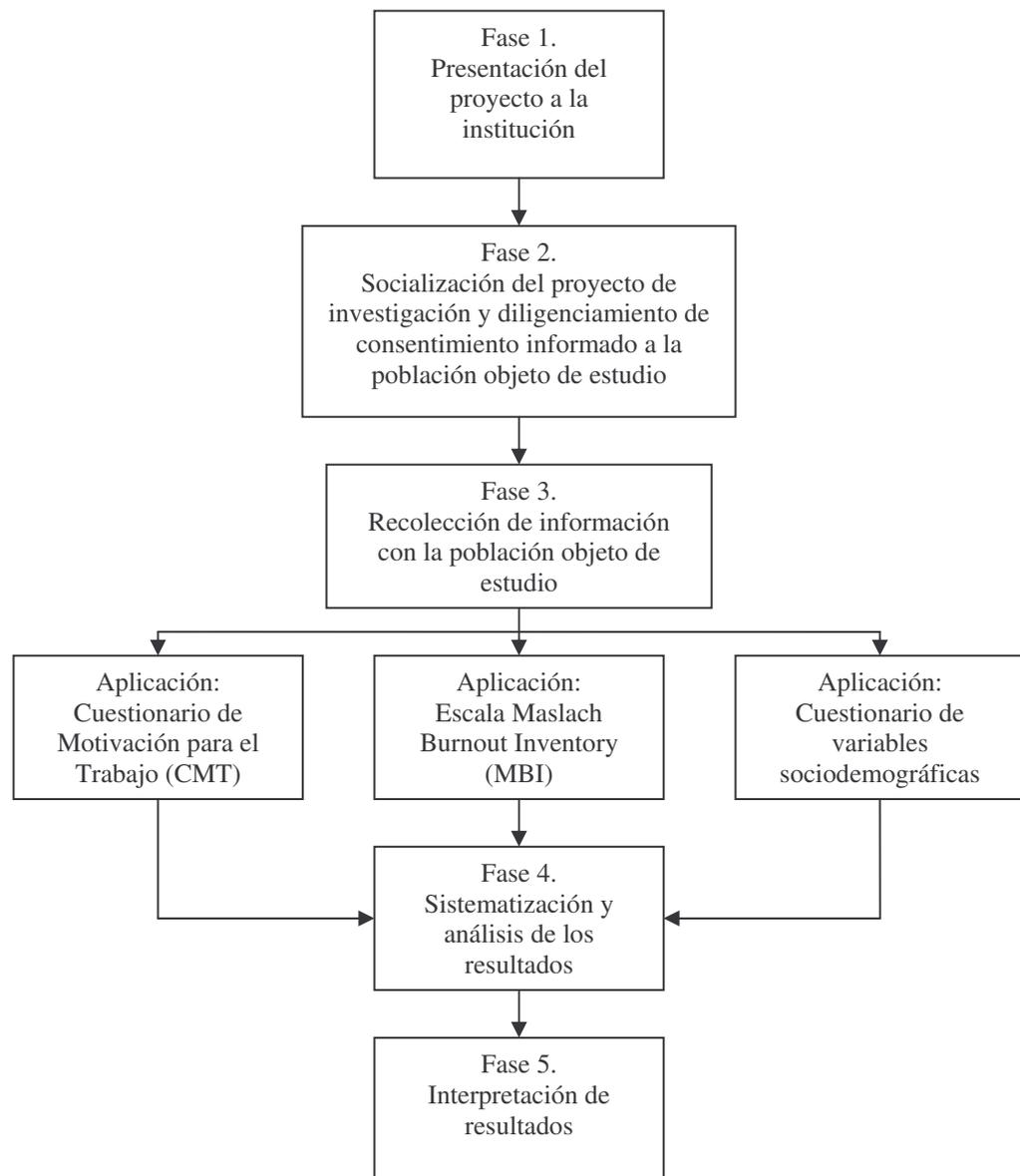


Figura 5. Esquema de procedimiento

objetivos, la importancia de llevar a cabo el presente estudio, como también de la realización de las mediciones, sus riesgos e implicaciones, y el manejo que se realizaría de los resultados arrojados por parte del grupo de investigación.

Posterior a la información que se le brindó a la población objeto de estudio, se procedió al diligenciamiento del consentimiento informado (Ver anexo C). El consentimiento informado es un acuerdo voluntario de una persona para participar en una investigación y además es un compromiso conjunto, es decir tanto del grupo de

investigación como de los sujetos que van a participar en el estudio (Cerdeña, 1994). Por medio del consentimiento informado se obtuvo la autorización voluntaria por parte del personal de enfermería auxiliar para utilizar en el estudio la información suministrada.

Fase 3. Recolección de información con la población objeto de estudio

Una vez se contó con el consentimiento informado por parte del personal de enfermería auxiliar se procedió a aplicar los instrumentos de medición: la Escala Maslach o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) y el Cuestionario de Motivación para el Trabajo (CMT). Estos instrumentos se aplicaron de forma grupal en cada uno de los servicios hospitalarios de HILA teniendo en cuenta los cambios de turno que realiza el personal de enfermería auxiliar.

Fase 4. Sistematización y análisis de los resultados

Se realizó la sistematización y análisis estadístico de los resultados arrojados por los instrumentos de medición utilizando la técnica estadística de regresión logística. Esta técnica permite conocer el efecto que múltiples variables pueden tener sobre otra que puede ser dicotomizada (Barón & Tellez, 2004). En este estudio se buscó conocer el efecto de cada uno de los factores de la Motivación para el Trabajo que describe el CMT sobre la presencia o ausencia de Burnout en el personal de enfermería auxiliar. En el caso de que no se encuentre presencia de Burnout como trastorno propiamente dicho, la variable podría dicotomizarse en niveles altos y bajos del síndrome.

Se decidió utilizar la regresión logística como prueba estadística en este estudio, bajo la consideración de que permitió a) estimar la probabilidad de que dados unos valores en una de las variables (Motivación para el Trabajo) se presente o

no el evento de interés (Síndrome de Burnout) y b) evaluar la influencia que cada factor de la Motivación para el Trabajo tiene sobre el fenómeno de interés (Burnout) en forma de un índice concreto conocido como odds ratio (Barón & Tellez, 2004).

En la presente investigación se utilizó el programa SPSS versión 13 para realizar los cálculos estadísticos pertinentes.

Fase 5. Interpretación de resultados

A partir del análisis de los resultados se realizó la interpretación de los mismos retomando los fundamentos teóricos del proyecto de investigación a fin de que los resultados del estudio pudieran ser comparados con dichos fundamentos teóricos y así generar interpretaciones que permitan aportar al estudio del Síndrome de Burnout y la Motivación para el Trabajo. La interpretación que se obtuvo de los resultados permitió la elaboración de conclusiones y a su vez de recomendaciones para futuros trabajos investigativos relacionados con la temática de este estudio.

Instrumentos

Para la medición de estas dos variables se recurrió a la utilización de dos instrumentos de medición psicológica, con los cuales se obtuvieron datos del Síndrome de Burnout y la Motivación para el Trabajo, respectivamente. A continuación se realiza una descripción de estos instrumentos y sus principales características.

Escala de Maslach o Maslach Burnout Inventory (MBI)

La escala de Maslach o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) es un instrumento de medición psicológica creado por Maslach y Jackson (1981) (EE.UU.). Su propósito es identificar el nivel general de Síndrome de Burnout (alto, medio, bajo) y de sus tres dimensiones (Cansancio Emocional, Despersonalización, Falta de

Realización Personal), definidas en el apartado de marco teórico. Este instrumento consta de 22 ítems distribuidos así: 9 ítems para Cansancio Emocional, 5 ítems para Despersonalización y 8 ítems para Realización Personal. La puntuación total del Síndrome de Burnout se obtiene a través de la suma de todas las puntuaciones de las diferentes dimensiones. La escala es de tipo Likert, cada ítem del cuestionario presenta 7 opciones de respuesta que oscilan entre nunca (1), pocas veces al año (2), una vez al mes o menos (3), algunas veces al mes (4), una vez a la semana (5), algunas veces a la semana (6) y todos los días (7). Su administración puede ser individual y/o colectiva. El tiempo de aplicación puede variar entre 10 y 15 minutos.

En el estudio de Maslach y Jackson (1981 citadas en Buzzetti, 2005; Gil-Monte & Peiró, 1997; Maslach, Leiter & Jackson, 1997) realizado con una muestra multiocupacional conformada por policías, médicos, maestros, entre otros (11000 participantes), se demostró que esta escala cuenta con un adecuado nivel de consistencia interna (Alpha de Cronbach = 0.75 a 0.90) y que los valores de confiabilidad para cada una de las dimensiones (Cansancio Emocional = 0.90, Despersonalización = 0.79 y Realización Personal = 0.71) también presentan una consistencia interna alta.

Las tres dimensiones del MBI están dadas a través de puntuaciones bajas, intermedias y altas considerándose puntuaciones bajas, intermedias y altas para el Cansancio Emocional (<17; 18-26; >27), para la Despersonalización (<8; 9-12; >13), para la Realización Personal (<16; 17-22; >23) y finalmente, para el Burnout (<38; 39-51; >52).

Atendiendo a diferencias culturales entre la población americana (contexto en donde fue creada esta escala) y la población objeto de estudio fue necesario estimar

los rangos para la calificación del MBI. Para obtener los rangos para la calificación del MBI se utilizó el cálculo de las medidas de tendencia central como lo son la Media y la Desviación Estándar. Los rangos de calificación obtenidos se expresan de la siguiente manera, Cansancio Emocional (CE) (0–<15,3 Bajo; 15,3–39,2 Medio; >39,2–99 Alto), Despersonalización (DP) (0–<3,3 Bajo; 3,3–14,7 Medio; >14,7–99 Alto), Falta de Realización Personal (FRP) (0–<7,8 Bajo; 7,8–18,4 Medio; >18,4–99 Alto) y finalmente, Burnout (0–<30,3 Bajo; 30,3–68,5 Medio; >68,5–99 Alto).

Cuestionario de Motivación para el Trabajo (CMT)

El Cuestionario de Motivación para el Trabajo (CMT) es un instrumento de medición psicológica creado por Toro (1992 b) (Colombia). Su propósito es identificar y valorar 15 factores asociados a la Motivación para el Trabajo los cuales se agrupan en 3 categorías como a) condiciones motivacionales internas: logro, poder, afiliación, auto-realización, reconocimiento, b) medios preferidos para obtener retribuciones deseadas en el trabajo: dedicación a la tarea, aceptación de la autoridad, aceptación de normas y valores, requisición y expectación y c) condiciones motivacionales externas: supervisión, grupo de trabajo, contenido del trabajo, salario y promoción. Los 15 factores fueron definidos en el apartado de marco teórico.

Este instrumento consta de 15 ítems, 5 para cada dimensión. Cada ítem presenta cinco (5) opciones de respuesta a las cuales se les debe asignar una puntuación de uno (1) a cinco (5) según la importancia que le otorgue el sujeto evaluado a cada opción siendo la opción No. 5 la más importante, hasta llegar en orden descendente a la opción No.1 la cual se convierte en la de menor importancia. Su administración puede ser individual y/o colectiva. El tiempo de aplicación puede variar entre 20 y 35 minutos. La prueba cuenta con una consistencia interna alta de

0.72 (Alpha de Cronbach). La aplicación del cuestionario puede ser llevada a cabo con adolescentes y adultos con un nivel mínimo de educación de cuatro años de bachillerato o secundaria (Toro, 1992 b).

Cuestionario de variables sociodemográficas

Fue diseñado por las autoras, para recolectar información relevante sobre aspectos sociodemográficos del personal de enfermería auxiliar (edad, género, estado civil, número de hijos, escolaridad, turnicidad, entre otros) (Ver anexo D).

Variables de Estudio

Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout se define como “Una respuesta inadecuada al estrés crónico emocional cuyos rasgos principales son un agotamiento físico y/o psicológico, una actividad fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar” (Maslach & Jackson, 1986, p. 164). El síndrome se compone por tres dimensiones: Cansancio Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal. Para la operacionalización del Síndrome de Burnout y de sus tres dimensiones se utilizaron los resultados de la Escala de Maslach o *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

Motivación para el trabajo

La Motivación para el Trabajo se refiere al “interés, el esfuerzo y el grado de persistencia que una persona aplica a la realización de una actividad laboral en particular” (Toro, 1992 a, p. 52). Para Toro (1992 a) existen tres factores que se encuentran asociados a la Motivación para el Trabajo y que definen el perfil motivacional del individuo, estos factores son las condiciones motivacionales internas, los medios preferidos para obtener retribuciones deseadas en el trabajo y las

condiciones motivacionales externas. Para la identificación y operacionalización de los factores asociados a la Motivación para el Trabajo se utilizó el Cuestionario de Motivación para el Trabajo (CMT).

Hipótesis

Hipótesis empíricas

Hipótesis de trabajo

Se encontrará relación entre el Síndrome de Burnout y la Motivación para el Trabajo en el personal de enfermería auxiliar del Hospital Infantil Los Ángeles.

Hipótesis nula

No se encontrará relación entre el Síndrome de Burnout y la Motivación para el Trabajo en el personal de enfermería auxiliar del Hospital Infantil Los Ángeles.

Hipótesis estadísticas

Hipótesis de trabajo

Se encontrará un nivel de asociación estadísticamente significativo entre las características de la Motivación para el Trabajo del personal de enfermería auxiliar del Hospital Infantil Los Ángeles medido por el CMT y los niveles del Síndrome de Burnout estimados a través del MBI.

$$H_i: r_{xy} \neq 0$$

Hipótesis nula

Se encontrará un nivel de asociación estadísticamente no significativo entre las características de la Motivación para el Trabajo del personal de enfermería auxiliar del Hospital Infantil Los Ángeles medido por el CMT y los niveles del Síndrome de Burnout estimados a través del MBI.

$$H_o: r_{xy} = 0$$

Consideraciones éticas

Ley 1090 de 2006

El presente estudio es coherente con los aspectos deontológicos y de bioética que se deben tener en cuenta en el desarrollo de una investigación científica. Según el Título II, Artº. 2 de la Ley 1090 de 2006 estipulada por el Colegio Colombiano de Psicólogos, toda información obtenida de las personas en el ejercicio de la psicología es de carácter confidencial y será revelada solamente en aquellos casos en los que la persona lo autorice.

Entre los aspectos deontológicos y de bioética contemplados en esta ley que se tuvieron en cuenta en la presente investigación, se establece el uso apropiado del material psicotécnico. La utilización del material psicotécnico puede hacerse con fines diagnósticos buscando en todo momento preservar el rigor ético y metodológico preescrito para su debido manejo (“Colegio Colombiano de Psicólogos”, 2006, Artº. 36). En este estudio necesariamente se recurrió al uso de material psicotécnico (instrumentos de medición psicológica: CMT y MBI) por lo que fue importante que previo a la aplicación del mismo, se tuvieran en cuenta a los propósitos, riesgos y condiciones de aplicación desarrolladas por sus autores.

También los resultados arrojados por los instrumentos de medición psicológica fueron manejados confidencialmente respetando la información personal de los sujetos evaluados. Por otra parte, las autoras del estudio asumieron la responsabilidad en las diferentes partes del desarrollo de la investigación (“Colegio Colombiano de Psicólogos”, 2006, Artº. 49) y fundamentaron la investigación en principios éticos de respeto y dignidad salvaguardando el bienestar y los derechos de los participantes (“Colegio Colombiano de Psicólogos”, 2006, Artº. 50).

Resolución No. 8430 de 1993

La Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud en Colombia estipula en el Título II, Cap. 1, Artº. 5 que “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar” (p. 2). Entre otros de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos establecidos en la Resolución No. 8430, Artº. 6 y que fueron tenidos en cuenta para el desarrollo del presente estudio se encuentran a) contar con el consentimiento informado del sujeto de investigación o su representante legal en circunstancias excepcionales (para esta investigación se diligenció el consentimiento informado con cada uno de los participantes posterior a la lectura del documento de consentimiento informado) y b) fue llevada a cabo cuando se obtuvo la autorización del representante legal de la institución investigadora (en este caso, la Universidad de Nariño) y de la institución en donde se realizó la investigación (Hospital Infantil Los Ángeles), el consentimiento informado de los participantes (personal de enfermería auxiliar) y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

En la presente investigación se protegió la privacidad de los participantes (debido a que no se revelaron datos personales de cada uno de los sujetos sino información grupal) (“Ministerio de Salud”, 1993, Artº. 8), al igual que se identificó el tipo de riesgo que la misma pueda presentar (“Ministerio de Salud”, 1993, Artº. 10), según el Artº. 11, esta investigación se encuentra dentro de la categoría de investigación sin riesgo debido a que no se pretende intervenir o modificar las variables de estudio sino recolectar información sobre las mismas por medio de instrumentos de medición psicológica.

Finalmente, en este estudio se solicitó a los participantes la firma del consentimiento informado, tal y como se mencionó anteriormente, en el que manifestaron por escrito su autorización para participar en el estudio teniendo en cuenta a) el conocimiento del procedimiento, los beneficios y riesgos a los que se sometieron, b) que ante el surgimiento de cualquier tipo de inquietud relacionada con la investigación recibieron respuesta por parte de sus autoras y c) que podían retirar en cualquier momento su consentimiento sin que ello implique perjuicios para sí mismos (“Ministerio de Salud”, 1993, Artº. 14 y 15).

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados atendiendo al siguiente esquema:

a) Adaptación del lenguaje de la escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI), b) Características sociodemográficas de la población, c) Niveles de Burnout, d) Perfil motivacional y e) Relaciones entre variables.

Adaptación del lenguaje de la escala Maslach Burnout Inventory (MBI)

Con el fin de que la población objeto de estudio comprendiera los ítems de la escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI), se realizó una adaptación del lenguaje en el que usualmente es utilizada esta escala. Fue necesario adaptar el lenguaje del MBI debido a que la escala de la que se dispuso inicialmente correspondía a una traducción de la versión en inglés desarrollada por Maslach y Jackson (1981) lo cual podría alterar el sentido original de los ítems. Al adaptar el lenguaje de la escala se pretendió conservar las características de validez y confiabilidad demostradas por el instrumento en el estudio de Maslach y Jackson (1981 citadas en Buzzetti, 2005; Gil-Monte & Peiró, 1997; Maslach, Leiter & Jackson, 1997).

El proceso de adaptación del lenguaje inició a partir de la calificación de cada uno de los ítems incluyendo la instrucción de la escala por parte de 3 jueces expertos quienes conocen acerca del Síndrome de Burnout. La tarea de cada uno de los jueces consistió en evaluar la claridad de los ítems asignando una puntuación comprendida entre 3 y 1 correspondiendo la opción 3 a claridad del ítem, la opción 2 a ítem para modificarse y la opción 1 a ítem no claro. La calificación de los jueces puede observarse en la Tabla 1.

Tabla 1

Calificación por jueces

Ítem	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Promedio Total
Instrucción	1	2	3	2
1	3	3	3	3
2	3	3	3	3
3	3	3	3	3
4	3	3	3	3
5	2	3	1	2
6	2	3	2	2.33
7	3	3	3	3
8	2	1	1	1.33
9	3	3	3	3
10	3	3	3	3
11	2	3	2	2.33
12	3	3	3	3
13	3	3	3	3
14	3	3	3	3
15	3	3	3	3
16	3	3	3	3
17	3	3	3	3
18	3	3	3	3
19	3	3	3	3
20	3	3	3	3
21	3	3	3	3
22	3	3	3	3

Tal y como se puede observar en la Tabla 1 tanto la instrucción como los ítems 5, 6, 8 y 11 obtuvieron una puntuación total inferior a 3 por lo que se determinó que estos ítems debían modificarse para mejorar su claridad, para esto fue necesario retomar las sugerencias de los jueces frente a esos ítems y realizarse los cambios respectivos tal y como se indican en la Tabla 2.

Tabla 2

Modificación de ítems según jueces

Número	Ítem	Ítem modificado
Instrucción	A continuación se presentan 22 afirmaciones a las cuales usted deberá responder de acuerdo a su percepción. Para esto, por favor escriba en las casillas de la derecha el número que indique la opción que mejor representa su situación actual	A continuación se presentan 22 afirmaciones a las cuales usted deberá responder de acuerdo a <i>lo que siente con respecto a su trabajo</i> . Para esto, por favor escriba en las casillas de la derecha el número que indique la opción que mejor representa su situación actual
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos <i>o cosas</i>
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	Trabajar todo el día con mucha gente es <i>muy agotador</i>
8	Me siento “quemado” por mi trabajo	Me siento “ <i>cansado</i> ” por mi trabajo
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	Me preocupa el hecho de que este trabajo <i>me vuelva insensible</i>

Una vez se realizaron las modificaciones según sugerencias de los jueces se procedió a aplicar la prueba piloto con 30 auxiliares de enfermería que se encontraban vinculadas a la Fundación Hospital San Pedro. Se decidió aplicar la prueba piloto con el personal de enfermería auxiliar de esta institución debido a que sus características demográficas y laborales resultan similares a las que presenta el personal de enfermería auxiliar del Hospital Infantil Los Ángeles. En la prueba piloto, cada uno de los participantes evaluó la claridad de los ítems incluyéndose la instrucción de la escala, asignando un puntaje de 0 a 1 siendo 0 la no claridad del ítem y 1 la claridad del ítem (Ver tabla 3). Cuando el ítem no presentaba la claridad esperada, el participante debía manifestar la cuestión que no le resultase clara y sugerir como podría mejorarse el sentido del ítem.

Tabla 3

Aplicación prueba piloto.

Sujetos	Instrucción	Ítems																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
6	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
9	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
11	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
20	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
22	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
23	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	
24	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	

Posterior a la aplicación de la prueba piloto se procedió a someter a cada ítem a los siguientes criterios a) si más del 70% de las personas consideran que el ítem es claro este se acepta, b) si más del 15% de las personas consideran que el ítem no es claro este se elimina. Si el ítem cumplía el criterio A mas no el criterio B, el ítem se aprobaba y si por el contrario el ítem cumplía los criterios A y B este debía modificarse. La calificación del ítem según los criterios anteriormente descritos puede observarse en la Tabla 4.

Tabla 4

Calificación de ítems según criterios estadísticos

Ítem	Porcentaje de sujetos para quienes resultó claro el ítem (%)	Porcentaje de sujetos para quienes no resultó claro el ítem (%)	Calificación del ítem
Instrucción	90%	10%	Aprobado
1	96.67%	3.33%	Aprobado
2	100%	0%	Aprobado
3	96.67%	3.33%	Aprobado
4	100%	0%	Aprobado
5	86.67%	13.33%	Aprobado
6	93.33%	6.67%	Aprobado
7	100%	0%	Aprobado
8	96.67%	3.33%	Aprobado
9	100%	0%	Aprobado
10	90%	10%	Aprobado
11	96.67%	3.33%	Aprobado
12	96.67%	3.33%	Aprobado
13	100%	0%	Aprobado
14	96.67%	3.33%	Aprobado
15	100%	0%	Aprobado
16	96.67%	3.33%	Aprobado
17	83.33%	16.67%	<i>Para modificación</i>
18	100%	0%	Aprobado
19	100%	0%	Aprobado
20	83.33%	16.67%	<i>Para modificación</i>
21	100%	0%	Aprobado
22	90%	10%	Aprobado

En la Tabla 4 se indica que los ítems 17 y 20 no cumplen el criterio estadístico para tenerse en cuenta sin modificaciones dentro de la versión final de la prueba por lo que fue necesario retomar las sugerencias realizadas por el personal de enfermería auxiliar para cambiar algunas de las palabras que no resultaron claras en estos ítems. Finalmente, en la Tabla 5 se pueden observar las modificaciones en los ítems 17 y 20 y la versión final de la escala *Maslach Burnout Inventory*. Nótese los cambios realizados en cursiva.

Tabla 5

Versión final de la prueba

	Ítems	Ítems modificados
Instrucción	A continuación se presentan 22 afirmaciones a las cuales usted deberá responder de acuerdo a su percepción. Para esto, por favor	A continuación se presentan 22 afirmaciones a las cuales usted deberá responder de acuerdo a <i>lo que siente con respecto a su trabajo</i> . Para esto, por

	escriba en las casillas de la derecha el número que indique la opción que mejor representa su situación actual	favor escriba en las casillas de la derecha el número que indique la opción que mejor representa su situación actual
1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo
2	Me siento cansado/a al finalizar la jornada de trabajo	Me siento cansado/a al finalizar la jornada de trabajo
3	Me siento fatigado/a cuando me levanto en la mañana y tengo que ir a trabajar	Me siento fatigado/a cuando me levanto en la mañana y tengo que ir a trabajar
4	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos <i>o cosas</i>
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	Trabajar todo el día con mucha gente es <i>muy agotador</i>
7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
8	Me siento “quemado” por mi trabajo	Me siento “ <i>cansado</i> ” por mi trabajo
9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
10	Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	Me preocupa el hecho de que este trabajo me <i>vuelva insensible</i>
12	Me siento muy activo	Me siento muy activo
13	Me siento frustrado en mi trabajo	Me siento frustrado en mi trabajo
14	Creo que estoy trabajando demasiado	Creo que estoy trabajando demasiado
15	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés	Trabajar directamente con personas me produce estrés
17	Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes	Puedo <i>hacer que los pacientes se sientan cómodos</i>
18	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
20	Me siento acabado	<i>Siento que no tengo fuerzas para seguir con mi trabajo</i>
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
22	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

Características sociodemográficas de la población

En este estudio se trabajó con 111 auxiliares de enfermería de los/as cuales 99 son mujeres (89.18%) y 12 son hombres (10.81%), con una edad comprendida entre los 20 y 59 años. El promedio de edad fue de 39.5; en una distribución de las

personas por grupos de edad, el 62.31% se encuentra entre los 20 y 40 años y el 37.69% se ubica entre los 40 y 59 años.

Con relación al estado civil de la población, esta variable se encuentra en su mayoría en categorías como soltero/a (65.25%), casado/a (14.74%), unión libre (18%) y separado (2%). Respecto al número de hijos, el 23.47% de las personas no tienen hijos, el 34.48% tienen un hijo, el 39.76% tienen dos hijos y el 7.57% tienen tres hijos.

En cuanto a la escolaridad, el 93.52% de la población cursó un nivel educativo técnico mientras que el 6.48% cursó un nivel profesional.

Con respecto al tiempo de ejercicio profesional, el 30.5% de la población ha trabajado como auxiliar de enfermería durante 1 a 10 años, el 32.7% durante 11 a 25 años y el 36.8% durante 26 a 32 años. La cantidad de horas que labora el personal de enfermería auxiliar en la institución demuestra que el 26.38% de la población trabaja hasta 20 horas semanales, el 34.81% trabaja entre 21 a 30 horas, el 30.26% trabaja entre 31 a 40 horas y el 8.55% trabaja más de 40 horas.

Con relación al servicio en donde usualmente labora el personal de enfermería auxiliar se encontró que la mayoría de la población trabaja en los servicios de UCI Pediátrica (18.91%) y Urgencias (18.91%), seguidos por UCI Neonatal (15.31%) (Ver tabla 6).

Tabla 6

Distribución de la población según servicio

Servicio	Total
Quemados	8 (7.20%)
Especiales	6 (5.40%)
UCI Pediátrica	21 (18.91%)

UCI Neonatal	15 (15.31%)
Urgencias	21 (18.91%)
Oncohematología	11 (9.90%)
Quirúrgicas	9 (8.10%)
Madre participante	12 (10.81%)
Mayores	5 (4.50%)
Consulta externa	3 (2.70%)
Total	111 (100%)

En cuanto a la turnicidad, se encontró que la mayoría de la población realiza turno en la mañana y la tarde (35.24%) seguido por mañana, tarde y noche (31.87%), noche (20.31%) y mañana (12.58%) tal y como puede observarse en la Figura 6.

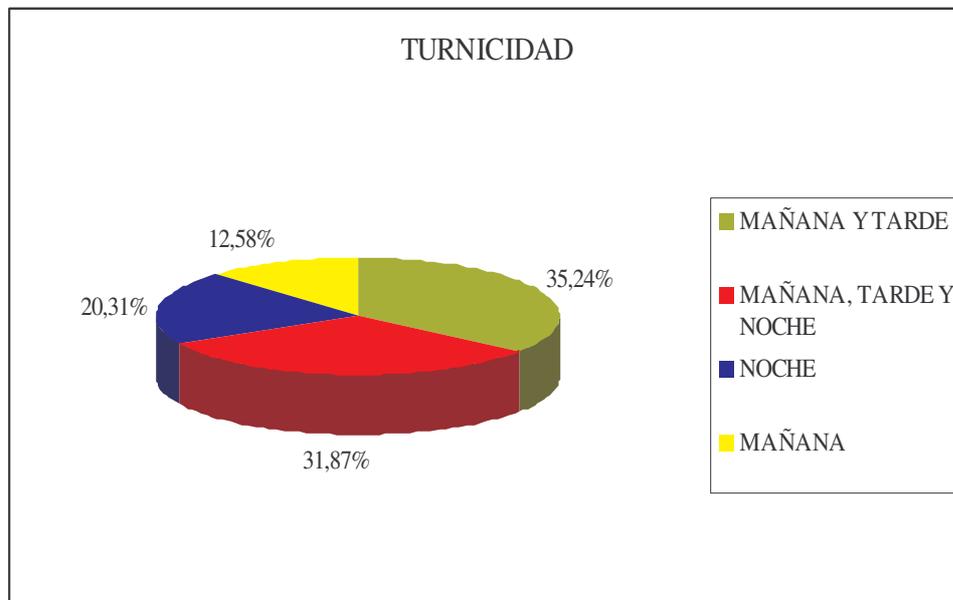


Figura 6. Turnicidad de la población

Finalmente, respecto al tipo de contratación se encontró que 22 (19.81%) auxiliares de enfermería están vinculadas/os de planta a la institución y que 89 (80.18%) han sido vinculadas/os a la institución a través de cooperativas de salud (Ver figura 7).

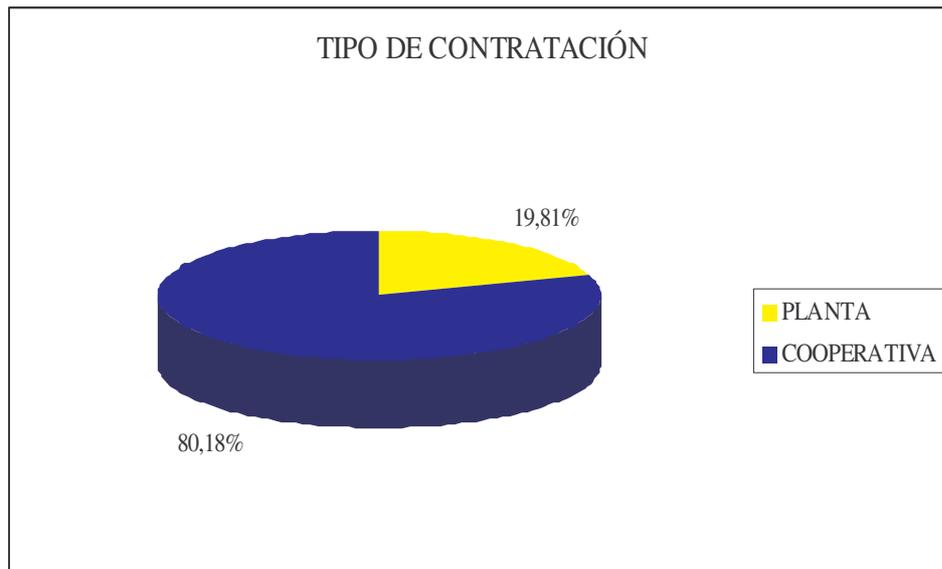


Figura 7. Distribución de la población según tipo de contratación

Niveles de Burnout

La población tiende a presentar niveles medios y altos en las diferentes dimensiones del Síndrome de Burnout. En la Tabla 7, se observa que en cuanto a la dimensión de Cansancio Emocional (CE) el 18% (20 sujetos) se encuentra dentro del nivel alto, el 74.7% (83 sujetos) dentro del nivel medio y el 7.2% (8 sujetos) dentro del nivel bajo.

Tabla 7

Descripción estadística de la dimensión de cansancio emocional

	Nivel	Frecuencia	Porcentaje (%)
Cansancio emocional	Bajo	8	7.2%
	Medio	83	74.7%
	Alto	20	18%

Con respecto a la dimensión de Despersonalización (DP), la totalidad de la población obtiene puntuaciones que la ubican en los niveles medio y alto. Tal y como se observa en la Tabla 8, el 17.1% (19 sujetos) se encuentra dentro del nivel alto, el 82.8% (92 sujetos) dentro del nivel medio y ningún sujeto (0%) dentro del nivel bajo.

Tabla 8

Descripción estadística de la dimensión de despersonalización

	Nivel	Frecuencia	Porcentaje (%)
Despersonalización	Bajo	0	0%
	Medio	92	82.8%
	Alto	19	17.1%

En cuanto a la dimensión de Falta de Realización Personal (FRP) se encontró que los niveles medio y alto prevalecen frente al nivel bajo. Con respecto al nivel alto, 14 sujetos (12.6%) se encuentran dentro del mismo, 96 sujetos (86.4%) se ubican en el nivel medio y 1 sujeto (0.9%) dentro del nivel bajo (Ver tabla 9).

Tabla 9

Descripción estadística de la dimensión de falta de realización personal

	Nivel	Frecuencia	Porcentaje (%)
Falta de realización personal	Bajo	1	0.9%
	Medio	96	86.4%
	Alto	14	12.6%

Con relación a las puntuaciones que indican Síndrome de Burnout en la población evaluada, se observa (Ver figura 8) que el 23.4% (26 sujetos) obtiene puntuaciones que los ubican en un nivel alto, el 71.7% (79 sujetos) dentro del nivel medio y el 5.4% (6 sujetos) dentro del nivel bajo.

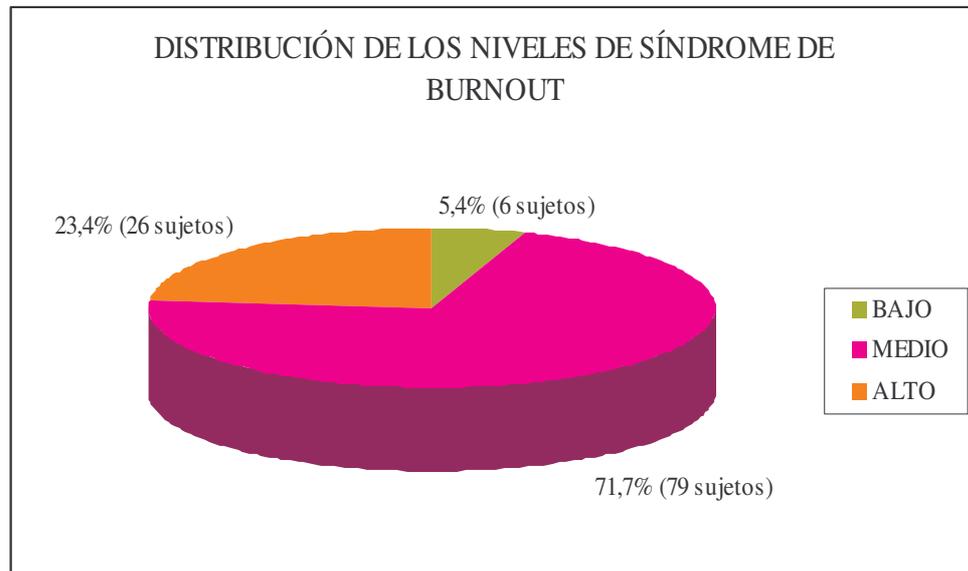


Figura 8. Distribución de los Niveles de Síndrome de Burnout en el personal de enfermería auxiliar del HILA

Perfil motivacional

Para la obtención del perfil motivacional de la población a partir de las puntuaciones arrojadas por el CMT, se realizó la estimación de la media y la desviación estándar para cada uno de los 15 factores motivacionales. Con el propósito de realizar la gráfica del perfil motivacional para poder observar con mayor precisión el comportamiento de la variable Motivación para el Trabajo, se convirtió la media para cada factor motivacional a puntuación típica y para ello se tomaron los baremos utilizados para profesionales en general establecidos en el CMT (Toro, 1992 b).

La Tabla 10 indica la media y las puntuaciones típicas que se obtuvieron para los 5 factores (logro, poder, afiliación, auto-realización y reconocimiento) que conforman a las condiciones motivacionales internas. En cuanto a este tipo de condiciones motivacionales se puede observar que el reconocimiento (65 puntos) es el factor más valorado por el personal de enfermería auxiliar, este es entendido como

la realización de actividades que generan en otros aceptación, atención o admiración, seguido por la afiliación (57 puntos), el logro (56 puntos), el poder (49 puntos) y finalmente la auto-realización (38 puntos) o la ejecución de tareas que permitan la utilización de habilidades y conocimientos personales (Toro, 1992 b).

Tabla 10

Condiciones motivacionales internas

	Factor	Media	Puntuación típica
Condiciones motivacionales internas	Logro	15	56
	Poder	14	49
	Afiliación	15	57
	Auto-realización	15	38
	Reconocimiento	16	65

Con respecto a los medios preferidos para obtener retribuciones deseadas en el trabajo conformados por dedicación a la tarea, aceptación de la autoridad, aceptación de normas y valores, requisición y expectación, se observó que el factor que puntuó más alto dentro de este tipo de condición es la requisición (59) referida a la ejecución de conductas para obtener retribuciones deseadas (mediante persuasión, confrontación o solicitud directa), seguida por la expectación (57), la aceptación de normas y valores (55), la dedicación a la tarea (45) y por último, la aceptación de la autoridad (43), es decir, el reconocimiento y acato de las personas y la autoridad que representan (Toro, 1992 b) (Ver tabla 11).

Tabla 11

Medios preferidos para obtener retribuciones deseadas en el trabajo

	Factor	Media	Puntuación Típica
Medios preferidos para obtener retribuciones deseadas en el trabajo	Dedicación a la tarea	17	45
	Aceptación de la autoridad	12	43
	Aceptación de normas y valores	16	55
	Requisición	16	59
	Expectación	13	57

Frente a los factores como supervisión, grupo de trabajo, contenido del trabajo, salario y promoción que hacen parte de las condiciones motivacionales externas, se identificó que el contenido del trabajo es el factor menos valorado (40 puntos); en orden ascendente se encuentran la promoción (44 puntos), el grupo de trabajo (58 puntos), la supervisión (59 puntos) y el salario (61 puntos), este último factor entendido como compensación económica recibida por el desempeño en el puesto de trabajo (Toro, 1992 b) (Ver tabla 12).

Tabla 12

Condiciones motivacionales externas

	Factor	Media	Puntuación Típica
Condiciones motivacionales externas	Supervisión	17	59
	Grupo de trabajo	18	58
	Contenido del trabajo	14	40
	Salario	14	61
	Promoción	12	44

En la Figura 9 se presenta el perfil motivacional del personal de enfermería auxiliar del HILA. En este perfil se presentan los 15 factores motivacionales propuestos por Toro (1992 b). Los cuadrados de color negro indican la media para

cada factor y los cuadrados en sombreado señalan un desvío estándar por arriba y un desvío estándar por debajo de la media. Con relación al tipo de condición motivacional que predomina en la población (condiciones motivacionales internas, externas y medios preferidos para obtener retribuciones deseadas en el trabajo) se puede inferir que no hay una condición que motive más que otra ya que por ejemplo, factores como el salario y la supervisión (que hacen parte de las condiciones motivacionales externas) presentan puntuaciones típicas altas a diferencia de la promoción y el contenido de trabajo. Esta situación no solo es común para las condiciones motivacionales externas sino también para las condiciones motivacionales internas y los medios preferidos.

Con relación a los 15 factores motivacionales se puede observar que se presentan amplias variaciones entre un factor y otro, teniendo en cuenta que factores como el reconocimiento (REC), el salario (SAL) y la requisición (REQ) alcanzan puntuaciones típicas altas a diferencia de factores como aceptación de la autoridad (AA), contenido del trabajo (CT) y auto-realización (A-R).

Tal y como se describe el perfil motivacional se puede inferir en primera instancia que el personal de enfermería auxiliar otorga una alta valoración a la ejecución de conductas dirigidas a obtener de los demás atención, aceptación, admiración y prestigio (REC). En segunda instancia las/os enfermeras/os auxiliares atribuyen importancia a la retribución económica recibida por su desempeño (SAL); con una estimación inferior, valoran que el medio más apropiado y efectivo para alcanzar los beneficios que le ofrece su trabajo es solicitar, proponer, insistir, persuadir o negociar lo deseado (REQ) y con un igual grado de valoración se interesan por acciones de consideración o reconocimiento que les brinden los

superiores (jefes de enfermería, personal médico, entre otros) (SUP). En tercer lugar, las/os enfermeras/os auxiliares se implican con entusiasmo en su trabajo cuando existe la posibilidad de involucrarse en acciones colectivas (GT).

Con una estimación menor, se encuentra que el personal de enfermería auxiliar valora el hecho de mantener relaciones interpersonales amistosas (AFI), con igual grado de valoración se ubica la disposición para esperar el tiempo necesario hasta que se produzcan los resultados deseados en el desarrollo de su trabajo (EXP).

Con una apreciación más baja se deduce que las/os enfermeras/os auxiliares atribuyen un mayor valor al interés por alcanzar con eficiencia lo que se proponen en el trabajo superando a otros (LOG) que a acatar las políticas y normas de la institución (ANV). En un menor grado de valoración se encuentran las acciones orientadas a adquirir, ejercer dominio, control o influencia sobre los demás (POD).

Finalmente, las/os enfermeras/os auxiliares del HILA estiman la realización de sus tareas con responsabilidad y calidad con el convencimiento de que esta actuación puede ser otro medio para obtener diversos tipos de beneficios en el trabajo (DT); con una estimación inferior se encuentra el hecho de tener posibilidades de ascenso en el trabajo (PRO) seguido por el acato de las decisiones tomadas por las personas que tienen autoridad en la institución (AA). En última instancia, se ubica la valoración del trabajo cuando este presenta variedad (es decir, que se evita la monotonía dentro de la tarea) (CT) y el interés de desplegar los conocimientos y habilidades en el trabajo (A-R), factor que recibe la menor estimación para el personal de enfermería auxiliar.

Relaciones entre variables

Con el propósito de establecer las relaciones entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y los factores de la Motivación para el Trabajo se utilizó la técnica estadística denominada regresión logística. A fin de identificar las correlaciones estadísticamente significativas fue necesario depurar las variables mediante el modelo Stepwise hacia atrás cuyo indicador es el P valor. En este estudio se presentan los índices de las correlaciones a través de los P valores y los OR (odds ratios) (estos últimos entendidos como los indicadores de regresión hacia adelante), debido a la necesidad de agotar todas las posibilidades. Si el valor de OR es mayor a 1, el factor motivacional asociado al Burnout o a cualquiera de sus dimensiones es interpretado como factor de riesgo para la presencia del síndrome, en caso contrario (si el valor de OR es menor a 1), se interpretará como factor protector.

Tabla 13

Relaciones entre la dimensión de Cansancio Emocional y los factores de la Motivación para el Trabajo

	Factor motivacional	OR	P valor
Cansancio emocional	AFI	0.4156	0.0007
	ANV	0.0427	0.0000
	DT	0.0695	0.0003
	PRO	0.0182	0.0081
	SAL	1.6102	0.0079

La Tabla 13 muestra los factores de la Motivación para el Trabajo que se asocian significativamente con el Cansancio Emocional (CE). En primer lugar, se puede observar que factores como salario (SAL) presentan valores OR mayores a 1 por lo que un sujeto que obtenga una alta puntuación en este factor puede desarrollar un mayor nivel de CE, y en segundo lugar, un sujeto que puntúe alto en factores

como afiliación (AFI), aceptación de normas y valores (ANV), dedicación a la tarea (DT) y promoción (PRO) tendrá una menor posibilidad de presentar CE.

Tabla 14

Relaciones entre la dimensión de Despersonalización y los factores de la Motivación para el Trabajo

	Factor motivacional	OR	P valor
Despersonalización	AA	1.0706	0.0047
	ANV	0.0380	0.0000
	CT	21.5955	0.0065
	SAL	9.3849	0.0010
	SUP	0.0487	0.0064

En cuanto a la despersonalización (DP) (Ver tabla 14) se puede observar que esta dimensión se asocia significativamente con factores motivacionales como aceptación de la autoridad (AA), aceptación de normas y valores (ANV), contenido del trabajo (CT), salario (SAL) y supervisión (SUP). Al presentar valores en OR que superan a 1, factores como AA, CT y SAL se convierten en factores de riesgo para la presencia de altos niveles de DP en comparación con la ANV y la SUP (factores protectores).

Tabla 15

Relaciones entre la dimensión de Falta de Realización Personal y los factores de la Motivación para el Trabajo

	Factor motivacional	OR	P valor
Falta de realización personal	DT	0.1006	0.0002
	GT	1.3203	0.0023
	POD	1.1490	0.0029
	REQ	1.0810	0.0059

En la Tabla 15 se indican los factores de la Motivación para el Trabajo que se asocian significativamente con la Falta de Realización Personal (FRP). Tal y como puede observarse en la Tabla 15 es probable que altas puntuaciones en factores como dedicación a la tarea (DT) permitan predecir bajos niveles de FRP a diferencia de los factores de riesgo para esta dimensión del Burnout como grupo de trabajo (GT), poder (POD) y requisición (REQ).

Tabla 16

Relaciones entre el Burnout y los factores de la Motivación para el Trabajo

	Factor motivacional	OR	P valor
Burnout	ANV	0.0077	0.0000
	DT	0.0405	0.0001
	GT	6.8261	0.0004
	REC	149.319	0.0019
	SAL	3.4985	0.0177

Frente a los factores de la Motivación para el Trabajo que guardan una relación significativa con el Burnout se encontró que factores como grupo de trabajo (GT), reconocimiento (REC) y salario (SAL) se convierten en factores de riesgo para el síndrome puesto que sujetos con altas puntuaciones en los anteriores factores pueden presentar una mayor probabilidad de desarrollarlo, en cambio la aceptación de normas y valores (ANV) y la dedicación a la tarea (DT) se constituyen como factores protectores frente a la presencia del Burnout (Ver tabla 16).

Para finalizar es importante resaltar que según los resultados obtenidos se confirmó la hipótesis de trabajo (Hi) puesto que se encontraron asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre algunos de los factores de la Motivación para el Trabajo (como ANV, SAL, DT, GT y REC) y el Síndrome de Burnout.

DISCUSIÓN

La presente investigación tiene como objetivo describir y conceptualizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la Motivación para el Trabajo en el personal de enfermería auxiliar perteneciente al Hospital Infantil Los Ángeles (HILA) en San Juan de Pasto a partir de la evaluación de los niveles y dimensiones para el Burnout y de los factores asociados a la Motivación para el Trabajo. En este estudio se precisan las relaciones entre las variables (Síndrome de Burnout y Motivación para el Trabajo) con el fin de posibilitar su respectivo análisis en función de aquellos factores motivacionales que se constituyen como de protección o riesgo para la presencia del Burnout.

Diversas investigaciones (Adali et al., 2004; Albaladejo et al., 2003; Bencomo et al., 2001; Gil-Monte, 2003) concluyen que la enfermería se constituye como la profesión más propensa para la presencia y el desarrollo del Síndrome de Burnout. Estimaciones estadísticas como la realizada en el estudio de Demeuroti et al. (2000 citados en Albaladejo et al., 2003) indican que el 25% de la población de enfermería se podría ver afectada por este síndrome debido al mantenimiento de la carga familiar y profesional, esta cifra resulta bastante similar a la encontrada en el presente estudio puesto que el 23.4% (26 sujetos) del personal de enfermería auxiliar del HILA se ubica dentro del nivel alto para la presencia del síndrome lo que evidencia que las/os enfermeras/os auxiliares de esta institución enfrentan situaciones que favorecen el desarrollo del Burnout tales como la exposición constante al dolor físico y emocional que genera la presencia de determinada enfermedad tanto en el menor como en la familia, el compromiso para con la recuperación del paciente, el asumir el cuidado de un determinado número de pacientes además de supervisar el

estado de salud de todos los pacientes del servicio en donde se desempeñe, el encontrarse bajo estricta supervisión (por parte de la jefe de enfermería y el personal médico), el escaso apoyo social entre compañeras/os de servicio y turno y el responder por un exceso de funciones, aspecto generado por la inequidad en la distribución de las mismas.

En este estudio se correlacionaron las diferentes dimensiones del Síndrome de Burnout con los factores asociados a la Motivación para el Trabajo. Dentro del presente análisis se incluyen aquellas correlaciones que resultan exclusivas para cada dimensión del síndrome con los distintos factores motivacionales. Más adelante, se presentan las relaciones encontradas entre cada factor motivacional y el Burnout total.

Dentro del trabajo resulta importante el hecho de que el individuo establezca y conserve relaciones afectivas satisfactorias con otras personas (Toro, 1992 b). Del alto grado de valoración que el individuo realice del contar con la compañía y el apoyo de otros y del compartir lazos afectivos que perduren a través del tiempo (afiliación-AFI) dependerá el establecimiento y la conservación de sus relaciones sociales, en este caso con los compañeros de trabajo, si el grado de valoración de estas condiciones resultase bajo probablemente el individuo se aleje o distancie de sus compañeros de trabajo (Alcover et al., 2004), situación característica de la presencia de la dimensión de cansancio emocional (CE). Esta relación que se establece entre el CE y el factor AFI resulta coherente con lo encontrado en este estudio en donde la AFI se constituye como factor protector para la presencia de CE en el personal de enfermería auxiliar del HILA, por lo que se puede inferir que si la/el enfermera/o auxiliar realiza una alta valoración de sus posibilidades para

consolidar y mantener contactos con sus compañeros de trabajo tendrá un menor riesgo de desarrollar CE. Esto evidencia la importancia que tiene la adecuada valoración de la consolidación y mantenimiento de relaciones afectivas sólidas o estables con el equipo de trabajo para las/os enfermeras/os auxiliares del HILA puesto que de esta forma se previene la aparición del CE, dimensión que se constituye como central para la presencia del Burnout (Alcover et al., 2004).

Siguiendo con el CE, se encontró que esta dimensión presenta una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con los factores AFI y promoción (PRO) en donde estos factores motivacionales se constituyen como protectores para el desarrollo de esta dimensión del Burnout.

Para Herzberg (2003 citado en Bedodo & Giglio, 2006; Chaparro, 2008), las personas en su trabajo otorgan una estimación bastante alta a las posibilidades de progreso y mejoramiento del status alcanzado. Esta característica es propia de la promoción la cual para Toro (1992 b) es entendida como la posibilidad de obtener ascensos que permitan progresar y adquirir prestigio y responsabilidad. En cuanto a este factor se observa que si el personal de enfermería auxiliar del HILA brinda un alto grado de valoración a la probabilidad de ascender en el trabajo presentará un menor riesgo de desarrollar CE. Este hallazgo se muestra acorde con lo planteado por Cordes y Dougherty (1993) quienes afirman que los sentimientos de tensión y frustración característicos del CE se incrementan cuando el individuo percibe que su trabajo no le ofrece oportunidades para progresar, de aquí se deriva la importancia de que el personal de enfermería auxiliar del HILA presente aspiraciones que se orienten hacia alcanzar un mayor status en el trabajo a fin de contrarrestar los efectos negativos de la presencia de CE.

En cuanto a la despersonalización (DP) se encontró que esta dimensión presenta una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con factores como aceptación de la autoridad (AA), contenido del trabajo (CT) y supervisión (SUP). El reconocimiento y el acato hacia las personas y la autoridad que representan hacen parte de la AA (Toro, 1992 b), si la/el enfermera/o auxiliar del HILA atribuye importancia a este factor (acepta decisiones, orientaciones y solicitudes realizadas por su jefe) para conseguir lo que desea en el trabajo es probable que llegue a desarrollar DP, hecho que se deduce a partir de los resultados de este estudio en donde el valor OR para esta relación ($OR=1.0706$) indica que la AA es un factor de riesgo para esta dimensión del Burnout. Este hallazgo resulta coherente con el planteamiento de Maslach y Jackson (1981) para quienes la presencia de DP genera distanciamiento y actitudes de cinismo que interfieren en la relación con el equipo de trabajo (incluyéndose en él a los/as jefes), esto permitiría suponer que si las/os enfermeras/os auxiliares del HILA brindan importancia a la aceptación y reconocimiento de la autoridad para obtener lo que desean en el trabajo, pero aun así no lo logran, pueden llegar a experimentar (en su interacción con otras personas y con su trabajo) sentimientos negativos, comportamiento irritable, tendencia a la culpabilización y finalmente, abandono de la profesión.

Por otro lado, Albaladejo et al. (2003), Alcover et al. (2004) y Ríos y Williams (2006) postulan que la DP fomenta el desinterés por las necesidades del usuario atendiéndolo de forma rutinaria, por su parte Toro (1992 b) afirma que el CT alude a las posibilidades que brinda el trabajo para ser ejecutado con cierto grado de variedad evitando así la rutina y la monotonía. Estos planteamientos permiten inferir que el CT es un factor de riesgo para la presencia de DP, supuesto que se confirma

con los hallazgos de esta investigación en los que se encontró que el personal de enfermería auxiliar del HILA presenta un menor riesgo de desarrollar DP cuando atribuye una baja valoración al CT, por lo tanto las tareas que cumplen las/os enfermeras/os auxiliares deben ser variadas para así permitir que la/el enfermera/o auxiliar desarrolle día a día actividades diferentes (es decir, que sean flexibles) con el fin de evitar que se distancie o abandone el puesto de trabajo.

En cuanto a la SUP, los resultados de este estudio indican que este factor presenta una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con la DP. Toro (1992 b) plantea que la SUP se relaciona con el reconocimiento que brinda el jefe hacia el trabajador por su desempeño. Si el personal de enfermería auxiliar del HILA brinda un alto grado de estimación a la evaluación del rendimiento y al reconocimiento de sus logros por parte del jefe, es probable que no se encuentre en riesgo de desarrollar DP, esto se puede inferir a partir de la relación encontrada entre la SUP y la DP en la que se evidencia que el factor SUP se constituye como protector para la presencia de esta dimensión del Burnout. Este hallazgo resulta acorde con el planteamiento de Maslach y Jackson (1981) que hace referencia a que la DP promueve actitudes de cinismo hacia los/as jefes quienes forman parte del equipo de trabajo, es decir que si la/el enfermera/o auxiliar del HILA percibe que su rendimiento laboral está siendo evaluado de manera injusta y poco considerada (además de que sus méritos no le son reconocidos) puede llegar a comportarse de manera cínica, irritable e irónica para con el/a jefe, esto permite reflexionar en torno a la importancia que recibe el reconocimiento tanto de la labor en la institución como los méritos que derivan de la misma para el personal de enfermería auxiliar del HILA a fin de propiciar que las/os

enfermeras/os auxiliares adquieran una adecuada percepción frente a la SUP y por consiguiente presenten un menor riesgo para la presencia de DP.

Para Maslach y Jackson (1981), la falta de realización personal (FRP) es entendida como aquella dimensión del Burnout que surge cuando el profesional verifica que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para atenderlas de forma competente lo que genera respuestas negativas hacia si mismo y hacia su trabajo. En coherencia con los hallazgos de este estudio, se encontró que esta dimensión del Burnout presenta una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con los factores poder (POD) y requisición (REQ).

Dentro del factor POD, se encuentran a las acciones que buscan ejercer dominio, control o influencia sobre las personas, grupos y medios de trabajo (Toro, 1992 b), si la/el enfermera/o auxiliar del HILA otorga importancia al tener personas a su cargo a quienes pueda corregir o estimular por su rendimiento, al poder dirigir las actividades de otras personas y al lograr persuadir a otros para que lleven a cabo ciertas actividades relacionadas con el trabajo, es probable que llegue a experimentar FRP, hecho que se deduce a partir de la relación encontrada entre estos factores en donde el factor POD se constituye como de riesgo para la presencia de esta dimensión del Burnout. Esta relación se muestra acorde con lo planteado por Albaladejo et al. (2003), Marrero (2003), Quiceno y Vinaccia (2007) y Ríos y Williams (2007) para quienes la presencia de FRP genera en el trabajador sentimientos de fracaso, carencia de expectativas y horizontes en el trabajo, esto indica que posiblemente cuando la Motivación para el Trabajo de las/os enfermeras/os auxiliares del HILA esta siendo altamente influenciada por sus aspiraciones para adquirir un mayor poder y si las condiciones de la organización no

le permiten obtenerlo, las/os enfermeras/os auxiliares pueden sentirse frustrados/as y a su vez pueden abandonar las metas que se desean lograr en el trabajo, características de la FRP.

Continuando con la FRP, se encontró que esta dimensión presenta una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con el factor REQ. Para Toro (1992 b) la REQ se refiere a la solicitud, confrontación directa o persuasión hacia el jefe con el fin de obtener ciertos beneficios en el trabajo. Si la/el enfermera/o auxiliar del HILA otorga una valoración inferior a la ejecución de comportamientos dirigidos a ejercer influencia sobre las personas que pueden mejorar las condiciones del trabajo tendrá un menor riesgo de desarrollar FRP, este supuesto se deriva a partir de los resultados de esta investigación en los que se encontró que la REQ se constituye como factor de riesgo para la presencia de FRP. No se encuentran postulados teóricos que respalden este hallazgo, sin embargo se podría suponer que si la/el enfermera/o auxiliar del HILA valora el hecho de obtener ciertos beneficios en el trabajo a partir de la confrontación, solicitud o persuasión para con el jefe y si dichos beneficios no le son concedidos puede llegar a desarrollar FRP, esto indica que sería necesario que el personal de enfermería auxiliar del HILA tenga claridad frente a las posibilidades (económicas, de crecimiento personal, de adquisición de mayor status, entre otras) que se le conceden en el trabajo puesto que si las mismas no logran satisfacer sus necesidades y/o expectativas podría llegar a experimentar sentimientos de fracaso y frustración, característicos de la FRP (Albaladejo et al., 2003; Marrero, 2003; Quiceno & Vinaccia, 2007; Ríos & Williams, 2006).

Además de las relaciones entre las dimensiones del Burnout y los factores que hacen parte de la Motivación para el Trabajo, se obtuvieron asociaciones

estadísticamente significativas entre algunos de los factores motivacionales y el Burnout total. Entre los factores que guardan relación con el Burnout se podría mencionar a: la Aceptación de Normas y Valores, la Dedicación a la Tarea, el Grupo de Trabajo, el Reconocimiento y el Salario.

Los factores como aceptación de normas y valores (ANV) y dedicación a la tarea (DT) se constituyen como factores protectores para la presencia del Síndrome de Burnout. Para Toro (1992 b), la ANV se relaciona con el acato de las normas, valores, políticas y objetivos que se trazan en las empresas. Si la/el enfermera/o auxiliar brinda importancia al hecho de contribuir con los objetivos del área de trabajo y del HILA a través de su desempeño es probable que no se encuentre en riesgo de presentar Burnout, esto se puede observar a partir de la relación encontrada entre la ANV y el Burnout en la que se evidencia que el factor ANV se constituye como protector para la presencia de este síndrome. Este hallazgo resulta acorde con el planteamiento de Buzzetti (2005) y Moreno et al. (2008) que hace referencia a que dentro de los factores profesionales que pueden favorecer a la presencia del Síndrome de Burnout se encuentra al desacato y omisión de la reglamentación o normativa de la institución, por lo que se deduce la necesidad de que el personal de enfermería auxiliar del HILA atribuya importancia al cumplimiento de las reglas y normas que le han sido impuestas desde el HILA, de esta forma tendrá un menor riesgo de presentar este síndrome.

En el contexto laboral adquiere importancia el hecho de que el individuo realice su trabajo con dedicación (Toro, 1992 b). Si un individuo valora adecuadamente a la dedicación de tiempo, esfuerzo e iniciativa al trabajo (DT) es probable que los resultados obtenidos sean los esperados, si por el contrario esta

valoración frente a la DT no es del todo adecuada, el sujeto puede llegar a desarrollar su trabajo con un menor grado de compromiso y su rendimiento laboral puede no ser el esperado (Atance, 1998; Bencomo et al., 2001; Ciancaglini, 2005; Da Silva, 2001; Gil-Monte, 2003; Vinaccia & Alvarán, 2004), situaciones que se pueden originar ante la presencia del Burnout. Esta relación que se establece entre el Burnout y el factor DT se muestra acorde con los hallazgos del presente estudio en donde la DT se constituye como factor protector para la presencia del síndrome en el personal de enfermería auxiliar del HILA. En coherencia con los resultados de esta investigación, Ríos y Williams (2006) plantean que el síndrome se presenta con mayor frecuencia en los profesionales que desarrollan su trabajo bajo demandas laborales excesivas, esto permitiría suponer que si la/el auxiliar de enfermería del HILA otorga un alto grado de valoración a la DT, independientemente de que las demandas laborales resulten ser mayores a las que usualmente se desarrollan en el trabajo, hay una mayor probabilidad de que la/el enfermera/o auxiliar presente un menor riesgo de desarrollar Burnout; de lo anterior se deriva la importancia de que en el HILA se promuevan ciertas condiciones que propicien que el personal de enfermería auxiliar realice su trabajo con un alto grado de compromiso e implicación a fin de prevenir la presencia de este síndrome.

Los resultados de este estudio indican que no solamente algunos de los factores de la Motivación para el Trabajo se constituyen como protectores para la presencia del Síndrome de Burnout, por el contrario se encontró que la valoración de otros de los factores motivacionales se relaciona con el riesgo para la presencia del síndrome, entre los que se encuentran a grupo de trabajo (GT), reconocimiento (REC) y salario (SAL).

Frente al GT, los resultados de esta investigación indican que este factor presenta una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con el Burnout. Según Toro (1992 b) el GT hace referencia a las condiciones sociales del trabajo que facilitan que el individuo pueda estar en contacto con otros, participar en actividades colectivas y compartir y aprender de otros. Es decir, cuando la/el auxiliar de enfermería del HILA otorga una alta valoración a establecer contacto con otros en el trabajo (GT alto) y el contexto organizacional no se lo permite, es posible que se encuentre en riesgo de presentar el Síndrome de Burnout, esto se puede deducir a partir de la relación encontrada entre este síndrome y el factor GT en la que se evidencia que el GT se constituye como factor de riesgo para el Burnout. Este hallazgo resulta coherente con el hecho de que este síndrome se desarrolla en contextos laborales en donde existe ausencia de participación en la toma de decisiones (Moreno et al., 2008; Quiceno & Vinaccia, 2007), dificultades en cuanto a la comunicación dentro de las relaciones interpersonales (Quiceno & Vinaccia, 2007) y situaciones caracterizadas por maltrato, aislamiento y menosprecio entre los trabajadores (Serrano, 2007). Lo anterior permite inferir que es de gran importancia que dentro del HILA se promuevan condiciones que propicien el contacto social entre las/os enfermeras/os auxiliares a fin de que la/el enfermera/o auxiliar establezca relaciones con otras personas que le puedan aportar en su crecimiento personal, llegue a formar parte de un grupo en donde se lleven a cabo actividades de interés y utilidad, y así se logre minimizar el riesgo para la presencia del Burnout.

Según Toro (1992 b), el REC es entendido como la realización de actividades para obtener atención, aceptación o admiración de los demás. En cuanto a este factor, los resultados de este estudio indican que el REC guarda una relación

estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con el Burnout en la cual el factor REC se constituye como de riesgo para la presencia de este síndrome, es decir que si la/el enfermera/o auxiliar del HILA otorga un alto grado de valoración al hecho de que sus méritos, conocimientos y capacidades le sean reconocidos por otros tendrá una mayor probabilidad de desarrollar el Síndrome de Burnout. La relación que se establece entre el REC y el Burnout se muestra acorde con el postulado de Gil-Monte y Peiró (1999) y Maslach (1997 citada en Catsicaris et al., 2007) quienes proponen que el escaso reconocimiento de la labor hace parte de las características organizacionales que favorecen la presencia del Burnout. Esta relación permitiría inferir que resulta adecuado que en el HILA se realice un mejor reconocimiento del trabajo del personal de enfermería auxiliar por lo que las/os enfermeras/os auxiliares son, hacen, saben o son capaces de hacer con el propósito de evitar el desarrollo de este síndrome.

Con relación al SAL, los hallazgos de esta investigación indican que este factor presenta una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con el Burnout en donde el SAL se constituye como factor de riesgo para la presencia de este síndrome en el personal de enfermería auxiliar del HILA. Para Toro (1992 b), este factor se refiere a la retribución económica que se recibe por el desempeño dentro del trabajo. Si la/el auxiliar de enfermería del HILA otorga una mayor estimación al hecho de ganar un sueldo para satisfacer las necesidades propias y las de la familia, para recompensar el esfuerzo realizado y bajo ciertas circunstancias, aspirar a recibir periódicamente aumentos salariales probablemente llegará a presentar el Síndrome de Burnout, este hecho se puede deducir a partir de la relación encontrada entre este factor y el Burnout en donde a medida que existe una mayor

valoración para el SAL hay un mayor riesgo para la presencia del síndrome. Lo encontrado en este estudio resulta coherente con el planteamiento de Ciancaglini (2005), Gil-Monte (2005 citado en Martín et al., 2007; Moreno et al., 2008; Quiceno & Vinaccia, 2007) y Maslach (1997 citada en Catsicaris et al., 2007) para quienes la inadecuada remuneración laboral se constituye como un antecedente para la presencia del Síndrome de Burnout, esto significa que si la/el enfermera/o auxiliar del HILA le asigna una alta importancia al salario como fuente de Motivación para el Trabajo y además la remuneración que obtiene por su trabajo es relativamente baja, puede llegar a sentirse “quemado” por lo que resultaría útil que en el HILA se tenga en cuenta a la importancia de que las/os enfermeras/os auxiliares reciban un salario justo y así se logre prevenir la presencia de este síndrome.

A partir del establecimiento de las diferentes relaciones que resultaron significativas entre los factores motivacionales y el Síndrome de Burnout, se puede afirmar que factores como GT, REC y SAL hacen parte del perfil motivacional de riesgo para el desarrollo del Burnout y que factores como ANV y DT corresponden al perfil motivacional de protección lo cual indica que si la/el enfermera/o auxiliar del HILA se siente mayormente motivado hacia su trabajo debido a la posibilidad de estar en contacto con otros, el ser reconocido por otros y el recibir una alta retribución económica por su desempeño puede llegar a “quemarse” por el trabajo, quizás debido a que en esta institución no existen las condiciones necesarias para satisfacer adecuadamente las necesidades motivacionales asociadas a este perfil; si por el contrario, cuando a la/el enfermera/o auxiliar lo motiva en mayor medida el cumplimiento de las normas y políticas de la organización y la dedicación de tiempo y esfuerzo al trabajo podría presentar un menor riesgo de desarrollar el Burnout

posiblemente porque el contexto organizacional particular del HILA ofrece oportunidades de satisfacción de este tipo de factores motivacionales.

El perfil motivacional de protección para el Burnout estaría dado a través de altas valoraciones en factores como ANV y DT, estimaciones intermedias en factores como logro (LOG), poder (POD), afiliación (AFI), auto-realización (A-R), aceptación de la autoridad (AA), requisición (REQ), expectación (EXP), supervisión (SUP), contenido del trabajo (CT) y promoción (PRO) y bajas valoraciones en factores como GT, REC y SAL para el personal de enfermería auxiliar del HILA. Por el contrario, el perfil motivacional de riesgo para el desarrollo del síndrome se presentaría cuando las/os auxiliares de enfermería del HILA otorgan un alto grado de valoración a factores como GT, REC y SAL, un grado de estimación intermedia al LOG, el POD, la AFI, la A-R, la AA, la REQ, la EXP, la SUP, el CT y la PRO, y un menor grado de valoración a factores como ANV y DT.

La identificación de estos dos perfiles motivacionales (de riesgo y de protección) se convierte en una herramienta útil para la prevención del Síndrome de Burnout en el HILA (entre otros procesos, como la selección de personal) puesto que a medida que un/a enfermero/a auxiliar otorgue una alta o baja valoración a cada uno de los factores que hacen parte de la Motivación para el Trabajo se podrá predecir la posibilidad de que desarrolle o no el Burnout, de esta forma se logra evitar la aparición de este síndrome (prevención primaria) y se podrían, tal y como lo afirma Oblitas (2000), encaminar un conjunto de acciones en salud que permitan disminuir las consecuencias de este síndrome tanto para aquellas/os auxiliares de enfermería que presentan algunos de sus síntomas (prevención secundaria) como para las/os que han desarrollado el Burnout (prevención terciaria) teniendo en cuenta que la

presencia de este síndrome además de alterar la calidad de vida, no solo puede afectar a una parte importante del personal que trabaja en el HILA como lo es el de enfermería auxiliar sino a otros profesionales que laboran en la institución debido a los altos costos que el mismo representa (Ciancaglini, 2005; Guillén & Guil, 2000).

Factores como POD, AFI, AA, REQ, SUP, CT y PRO no resultaron ser significativos para la presencia del Síndrome de Burnout; este hecho no indica que la alta o baja valoración de estos factores no de cuenta de alguna manera del posterior desarrollo de este síndrome, puesto que los hallazgos de esta investigación mostraron que cada uno de estos factores motivacionales guarda relación de protección o riesgo por lo menos con alguna de las dimensiones del síndrome (aspecto que ya ha sido abordado dentro del presente apartado) y quizá el hecho de que estos factores sean significativos para alguna de las dimensiones del Burnout más no para las demás puede explicar mejor el porque los factores (POD, AFI, AA, REQ, SUP, CT y PRO) no hacen parte del perfil de protección o de riesgo para la presencia del Síndrome de Burnout como constructo que integra las dimensiones a las que se ha hecho mención.

Finalmente, a partir de los resultados del estudio interpretados y discutidos anteriormente, se podría plantear que es posible identificar factores de riesgo y protección para la presencia del Burnout a partir de la Motivación para el Trabajo, lo cual permitiría encaminar acciones en salud dirigidas a la prevención del síndrome, adaptadas a las características motivacionales particulares del talento humano que haga parte de cada institución. Desde otro enfoque, los resultados de este estudio también nos facultan para pensar que la información relacionada con las características del perfil motivacional de las personas podría ser utilizada como un

elemento más a considerar en los procesos de selección de personal para contextos laborales que favorecen la presencia del Síndrome de Burnout.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La presencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería auxiliar del HILA tiende a ser alta (23.4%) siendo necesario que se estudie el por qué un gran porcentaje de esta población del HILA ha desarrollado este síndrome a fin de identificar las variables o las condiciones personales y ambientales que explican su presencia. También es importante que en futuras investigaciones se aborden las consecuencias del Síndrome de Burnout para este grupo poblacional, con el propósito de detectar si estas a su vez pueden estar actuando como mantenedores de este síndrome en una relación recíproca.

La identificación de las variables organizacionales y de los factores motivacionales que guardan relación con la presencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería auxiliar del HILA puede dar lugar al diseño y ejecución de programas de intervención orientados a minimizar la incidencia del síndrome en este grupo poblacional. La relación objeto del presente estudio puede ser tomada como insumo dentro de los programas de intervención para esta población del HILA dado que los resultados de esta investigación pueden constituirse fácilmente como ejes que posibiliten la mejoría de los procesos organizacionales en pro de la salud mental y física de su personal asistencial. Así también, el diseño de un programa de intervención para minimizar la presencia del Síndrome de Burnout desde los factores asociados a la Motivación para el Trabajo no solo resulta novedoso sino útil para la institución puesto que el mismo puede ser elaborado a partir de las características particulares de su personal de enfermería auxiliar, esto último posiblemente se convertirá en una variable que puede garantizar la eficacia de este programa desde el inicio de su implementación.

La identificación del perfil motivacional de protección y riesgo para la presencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del HILA se convierte en una herramienta de amplia utilidad para la institución puesto que facilita los procesos de selección de personal para auxiliares de enfermería, ya que si en el HILA se opta por incluir dentro de este proceso la utilización del CMT, fácilmente se podría predecir la posibilidad de que un aspirante para este cargo (enfermera/o auxiliar) pueda llegar o no a desarrollar el Síndrome de Burnout. De esta forma se podría evitar que desde el HILA se tengan que destinar recursos para minimizar la presencia de este síndrome considerando que tal y como lo afirma Buzzetti (2005), existe una alta probabilidad de que los procesos de afiliación social puedan incidir en que un individuo genere comportamientos relacionados con el síndrome, comportamientos que al ser observados por otros profesionales que laboran en una determinada institución puedan llegar a ser adoptados lo que propiciaría el mantenimiento de este síndrome en este tipo de contextos organizacionales.

Por otra parte, resulta importante la identificación del perfil motivacional de protección y riesgo para la presencia del Síndrome de Burnout puesto que de esta forma se podrían encaminar acciones en salud dirigidas a la prevención de este síndrome, adaptadas a las características motivacionales particulares del personal de enfermería auxiliar del HILA. Este aspecto puede llegar a ser abordado en futuros trabajos de intervención dada la urgente necesidad de que en el HILA se logre disminuir la incidencia de este síndrome, ya que los resultados de este estudio muestran que una gran mayoría del personal de enfermería auxiliar de esta institución se ubica en el nivel medio y alto (sujetos que se ubican en el nivel bajo pueden llegar en algún momento del tiempo a encontrarse en alguno de estos

niveles). No solo el personal de enfermería auxiliar de esta institución presenta una alta tendencia para el desarrollo del síndrome puesto que atendiendo a lo que plantea Buzzetti (2005) (aspecto al que ya se hizo referencia dentro del presente apartado), es probable que otros profesionales que interactúan con las/os auxiliares de enfermería del HILA (personal médico, jefes de enfermería, psicólogos/as, personal administrativo, entre otros) ya presenten el Síndrome de Burnout o se encuentren en riesgo de presentarlo, así mismo resulta relevante que se tenga en cuenta que el desarrollo de este síndrome además de afectar seriamente a quien lo presenta, puede llegar a incidir en las relaciones interpersonales del profesional que se “quema” por su trabajo (principalmente con la familia, amigos, entre otros) y especialmente, deteriorar la calidad en la atención al usuario (en el caso del HILA, los menores y su familia), aspecto que preocupa en gran medida a las instituciones de salud. Esto permite concluir que si se previene la presencia de este síndrome en las/os auxiliares de enfermería del HILA se logra actuar sobre muchas personas con las que interactúa este personal por lo que las características de la prevención a realizar deben tener en cuenta a este aspecto con el fin de beneficiar a un gran número de sujetos.

A partir del presente estudio se sugiere que las acciones encaminadas a la prevención del Síndrome de Burnout para el personal de enfermería auxiliar del HILA podrían estructurarse a nivel metodológico a través de talleres, puesto que este tipo de estrategias han resultado eficaces en esta institución con la población objeto de la presente investigación frente a la presencia del Burnout. Es necesario destacar que el desarrollo de talleres puede constituirse como una herramienta útil dado que desde los avances de este estudio se puede afirmar que se cuenta con el apoyo institucional para este tipo de acciones.

Desde esta óptica, sería importante que en futuras investigaciones se aborde a la relación aquí estudiada en diferentes instituciones de la región y con diferentes profesionales de la salud. De esta forma no solamente se contextualizaría en la región a la relación objeto del presente estudio, se podrían construir modelos para la prevención del Síndrome de Burnout a partir de la Motivación para el Trabajo diseñados de acuerdo a las características de cada institución y de los grupos de profesionales que las conformen. Entre más estudios se realicen abordando a la relación aquí especificada, se podrían llegar a identificar lineamientos generales que permitan otorgar mayor validez a la consolidación de los diferentes modelos de prevención del síndrome que pueden surgir desde la relación entre las variables del presente estudio.

Por último, se concluye que a partir de este estudio se generaron conocimientos en torno al Síndrome de Burnout y la Motivación para el Trabajo, teniéndose en cuenta que su abordaje resulta escaso dentro de los ámbitos regional, nacional e internacional. Esto se constituye como un valioso aporte para los campos de la Psicología de la Salud y la Psicología Organizacional, así como también para el Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño y para el fortalecimiento del trabajo investigativo que se realiza desde el grupo Psicología y Salud. Por otra parte se recomienda que la Unidad de Práctica de Psicología de la Universidad de Nariño en el HILA de continuidad a los avances que se han logrado consolidar por medio del presente estudio, atendiendo a las conclusiones a las que se llegó y a las recomendaciones anteriormente descritas.

REFERENCIAS

- Adali, E., Priami, M., Evagelou, H., Mougia, V., Ifanti, M. & Alevizopoulos, G. (2001). Síndrome del Quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. *Eur. J. Psychiat*, 17 (3), 161-170.
- Aguilera, V. G. (2005). El Síndrome de Burnout y el Profesional de la Educación. *Psiquis*, 22, 117-129.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E. & Domínguez, V. (2003). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78 (4), 95-105.
- Alcover, C. M., Martínez, D., Rodríguez, F. & Domínguez, R. (2004). *Introducción a la psicología del trabajo*. Madrid, España: McGraw Hill.
- Álvarez, J. & Illera, D. (2004). *Prevalencia del Síndrome de Burnout y sus principales factores de riesgo en el Hospital Susana López de Valencia nivel II Popayán Enero a Diciembre de 2003*. Manuscrito no publicado, Universidad del Valle en Cali, Colombia.
- Aragón, J. L. & Rubio, L. (2003). Estudio sobre el síndrome de estar quemado o “burnout” en la Policía Local. *Veú Pública*, 7, 1-4.
- Aranda, C. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15, 1-7.
- Aranda, C., Pando, M., Velázquez, I., Acosta, M. & Pérez, M. B. (2003). Síndrome de Burnout y factores psicosociales en el trabajo, en estudiantes de postgrado del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara,

México. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina Barba*, 30 (4), 193-199.

Ardila, R. (1977). *Psicología del aprendizaje*. México: Siglo XXI.

Atance, J. (1998). Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 78 (4), 154-165.

Barón, J. & Tellez, F. (2004). Apuntes de Bioestadística. Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva. Recuperado el 21 de febrero de 2009, del sitio Web de la Universidad de Málaga-España: <http://www.bioestadistica.uma.es/baron/apuntes/ficheros/cap08.pdf>

Barquín, M. (1995). *Administración en enfermería*. México: McGraw Hill Interamericana.

Bedodo, V. & Giglio, C. (2006). Motivación laboral y compensaciones: una investigación de orientación teórica. Memoria para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Bencomo, J., Paz, C. & Liebster, E. (2001). Rasgos de personalidad, ajuste psicológico y síndrome de agotamiento en el personal de enfermería. *Investigación Clínica*, 45 (2), 59-73.

Blum, M., & Naylor, J. (1977). *Psicología industrial. Sus fundamentos teóricos y sociales*. México: Trillas.

Buzzetti, M. A. (2005). Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores A. G. de Chile. Memoria para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

- Cáceres, D. E., Montoya, Z. & Ruiz, A. M. (2003). Intervención psicosocial para el incremento de la calidad de vida en pacientes con trauma craneoencefálico moderado a severo. *Revista Colombiana de Psicología*, 12, 60-72.
- Catsicaris, C., Eymann, A., Cacchiarelli, N. & Usandivaras, I. (2007). La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Archivo Argentino de Pediatría*, 105, 236-240.
- Cerda, H. (1994). *La investigación total*. Colombia: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Chiavenato, I. (1994). *Administración de recursos humanos*. Santafé de Bogotá, Colombia: McGraw Hill.
- Ciancaglini, G. (2005). Síndrome de Burnout. *INED*, 6, 63-73.
- Cohen, J. (1978). *Psicología de los motivos personales*. México: Trillas.
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2006). Ley 1090 de 2006. Recuperado el 15 de marzo del 2009, del sitio Web del Colegio Colombiano de Psicólogos: <http://www.colpsic.org.co/resources/Ley1090-06.pdf>.
- Contreras, F. & Vinaccia, S. (2007). Como redactar informes de investigación en Psicología y Ciencias Sociales. Uso correcto de las normas APA. Universidad Santo Tomás. Facultad de Psicología. Bogotá-Colombia.
- Cordes, C. & Dougherty, T. (1993). A Review And An Integration Of Research On Job Burnout. *The Academy of Management Review*, 18 (4), 621 – 657.
- Chaparro, L. (2008). Motivación laboral y clima organizacional en empresas de telecomunicaciones. *Revista Innovar*, 16, 15-28.

- Da Silva, F. (2001). El Síndrome de Burnout. En Anónimo (Ed). *Drogas, ética y trasgresión*. Montevideo, Uruguay: Psicolibros.
- Dunham, R. & Smith, F. (1985). *Salud organizacional. Análisis y diagnóstico internos* (5ª. ed.). México: Trillas.
- Farber, B. A. (1983). *Stress and burnout in the Human Service Professions*. New York, EE.UU: Pergamon Press.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid, España: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo, Maringá*, 7 (1), 3-10.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 19-33.
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, España: Síntesis Psicología.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15, 261- 268.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F. & Carter, D. (1983). Progressive Phases of Burnout and Their Worksite Covariants. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19, 464-481.

- Grau, J. A. & Chacón, M. (1999). Burnout: Una amenaza a los equipos de salud. *Psicología y Salud, 14* (1), 68-78.
- Guillén, C. & Guil, R. (2000). *Psicología del trabajo para las relaciones laborales*. Madrid, España: McGraw Hill.
- Hermosa, A. M. (2006). Satisfacción laboral y Síndrome de “Burnout” en profesores de educación primaria y secundaria. *Revista Colombiana de Psicología, 15*, 81-89.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (2ª.ed.). México: McGraw Hill.
- Lalonde, M. (1974). Una nueva perspectiva de la salud. *Revista Ciencias de la Salud de la Universidad de Chile, 56* (3), 95-102.
- Landy, F. & Conte, J. (2005). *Psicología Industrial: Introducción a la Psicología Industrial y Organizacional*. México: McGraw Hill.
- Latorre, J. & Beneit, P. (1994). *Psicología de la salud*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Leiter, M. P. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior, 9*, 297- 308.
- Leiter, M. P. & Schaufeli, W. B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress, and Coping, 9*, 229-243.
- López, J. (2005). Motivación laboral y gestión de recursos humanos en la teoría de Frederick Herzberg. *Revista de investigación de la Facultad de Ciencias Administrativas, UNMSM, 8* (15), 25-36.

- López, C., Zegarra, A. & Cuba, V. (2006). Factores asociados al Síndrome de Burnout en enfermeras de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Revista de Ciencias de la Salud*, 1 (1), 53-61.
- Mardonés J. M. (1991). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación científica*. Barcelona, España: Anthropos.
- Marrero, M. L. (2003). ¿Esta presente el Síndrome de Burnout en los servicios de neonatología?. *Anales de Medicina*, 4 (2), 97-103.
- Martín, M., Campos, A., Jiménez-Beatty, J. E. & Martínez, J. (2007). Calidad de vida y estrés laboral: la incidencia del Burnout en el deporte de alto rendimiento madrileño. *International Journal of Sport Science*, 3 (6), 62-77.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Social Issues*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual* (2ª.ed.). Palo Alto. California, EE.UU: Consulting Psychol Press.
- Maslach, C., Leiter, M. & Jackson, S. (1997). Maslach Burnout Inventory (3ª.ed.). En C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.). *Evaluating Stress. A book of resources* (pp. 191-218). Londres, Inglaterra: The scarecrow press.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioural health and behavioural medicina. Frontiers of a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Méndez, F. X., Macià, D. & Olivares, J. (1993). *Intervención conductual en contextos comunitarios I. Programas aplicados de prevención*. Madrid, España: Pirámide.

Ministerio de la Protección Social. (1993). Resolución Número 8430 de 1993.

Recuperado el 15 de marzo del 2009, del sitio Web del Ministerio de la Protección Social:

<http://www.minpoteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo267711.pdf>

Morales, F. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Moreno, A., Latorre, I., De Miquel, J., Campillo, A., Sáez, J. & Aguayo, J. L. (2008). Sociedad y cirugía. Burnout y cirujanos. *Revista de la Universidad de Murcia*, 83 (3), 118-124.

Moriana, J. A. & Herruzo, J. (2005). El síndrome de burnout como predictor de bajas laborales de tipo psiquiátrico. *Revista Clínica y Salud*, 16, 1-7.

Oblitas, L. A. (2000). La revista Psicología contemporánea: experiencias y resultados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32 (1), 161-176.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 1 de abril del 2009, del sitio Web de la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Palaci, F. (2005). *Psicología de la Organización*. Madrid, España: Pearson Prentice Hall.

Parra, N. (1993). Motivación, rendimiento académico y laboral de los participantes del programa de formación de técnicos medios industriales. *Revista Innovar*, 21, 89-105.

- Pines, A. & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York, EE.UU.: The Free Press.
- Porras, A. (2008). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. *Psicología y Salud*, 25 (2), 36-45.
- Quiceno, J. M. & Vinaccia, S. (2007). Burnout: “Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)”. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 117-125.
- Quiroz, R. & Saco, S. (2003). Factores asociados al Síndrome Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco. *SITUA-Revista semestral de la facultad de medicina humana-UNSAAC*, 23, 11-22.
- Reeve, J. (1994). *Motivación y Emoción*. Madrid, España: McGraw Hill.
- Ríos, M. I. & Godoy, C. (2007). Burnout y salud percibidos en una muestra de enfermería de urgencias. *Psiquis*, 16 (4), 37-42.
- Ríos, M. & Williams, B. (2006). Prevalencia y factores asociados en profesionales Serums de la Red de servicios de salud Huamanga Ayacucho. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 22 (2), 88-96.
- Román, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29 (2), 104-110.
- Serrano, M. E. (2007). El Burnout o Síndrome del Quemado. *Revista de Administración Pública*, 3, 1-4.
- Sikula, F. (1991). *Administración de recursos humanos en empresas*. México: Limusa.

- Soledad, M. (2008). Estudio preliminar sobre el Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de Unidades de Terapia Intensiva. *Interdisciplinaria*, 25 (1), 25-35.
- Topa, G. & Morales, J. (2005). Determinantes específicos de la satisfacción laboral, el burnout y sus consecuencias para la salud: un estudio exploratorio con funcionarios de prisiones. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5 (1), 73-83.
- Toro, F. (1992 a). *Desempeño y productividad. Contribuciones de la Psicología Social*. Medellín, Colombia: Cincel.
- Toro, F. (1992 b). *Cuestionario de Motivación para el Trabajo*. CMT. Medellín, Colombia: Cincel.
- Torres, Z. M. (2005). Relación entre la motivación al trabajo y el rendimiento laboral del profesional de enfermería del Hospital de Yarinacocha-Pucallpa-Perú *Revista Científica de Enfermería-RECIEN*, 15, 13-17.
- Vela, A. G. & Villota, J. C. (2009). *Relación entre las manifestaciones e índices de prevalencia del Síndrome de Burnout y el cargo que desempeña el personal de enfermería del Hospital Universitario Departamental de Nariño (H. U. D. N.) E.S.E.* Manuscrito no publicado, Universidad de Nariño en Pasto, Colombia.
- Vinaccia, S. & Alvarán, L. (2004). El Síndrome de Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: Un estudio exploratorio. *Univ. Psychol*, 3 (1), 35-45.
- Zornoza, L. (2004). Motivación laboral. *Innovar*, 18 (2), 56-62.

ANEXOS

ANEXO A. ENCUESTA SOBRE PERCEPCIÓN DE MANIFESTACIONES DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA AUXILIAR PERTENECIENTE AL HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES (HILA)

<p>A continuación se presenta una serie de afirmaciones relacionadas con algunas situaciones y comportamientos del personal de enfermería auxiliar del Hospital Infantil Los Ángeles. Le solicitamos responder a ellas juzgando si son falsas o verdaderas con base en criterios ajustados a la realidad que usted observa cotidianamente en su institución.</p> <p>Usted NO debe colocar ningún dato relacionado con su identidad para responder a este cuestionario y se debe aclarar que la información solicitada SOLO SE UTILIZARÁ para evaluar la pertinencia de realizar una INVESTIGACIÓN SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT en el personal de enfermería auxiliar del HILA. LA INFORMACIÓN RECOLECTADA NO SERÁ PUBLICADA EN DOCUMENTOS DE DIFUSIÓN MASIVA COMO REVISTAS CIENTÍFICAS, PERIÓDICOS O SIMILARES.</p>		VERDADERO	FALSO
1	Las enfermeras auxiliares NO se involucran emocionalmente con su trabajo		
2	El personal de enfermería auxiliar puede llegar a experimentar cansancio emocional frente a su trabajo		
3	El personal de enfermería auxiliar experimenta demasiadas emociones negativas relacionadas con su trabajo		
4	Trabajar durante todo el día con personas que experimentan diferentes niveles de sufrimiento disminuye la sensibilidad emocional de enfermeras auxiliares		
5	La mayoría de las enfermeras auxiliares consideran que su trabajo permite realizar su proyecto de vida		
6	El trabajo de auxiliar de enfermería es una fuente de satisfacción personal para quienes se desempeñan en ese cargo dentro del HILA		
7	El personal de enfermería mantiene una gran distancia social y afectiva con los pacientes		
8	El personal de enfermería mantiene buenas relaciones sociales con sus compañera/os de trabajo		
9	El personal de enfermería auxiliar a veces se comporta como si los pacientes fueran responsables por sus frustraciones o dificultades laborales		

Gracias por su valiosa colaboración

ANEXO B. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El diligenciamiento de los siguientes instrumentos de medición psicológica: Escala de Maslach o Maslach Burnout Inventory-MBI, Cuestionario de Motivación para el Trabajo-CMT y Cuestionario de Variables Sociodemográficas, hace parte de la investigación denominada: “RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA MOTIVACIÓN PARA EL TRABAJO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA AUXILIAR PERTENECIENTE AL HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES EN SAN JUAN DE PASTO” desarrollada por Carmen Alicia Criollo Bravo identificada con cédula de ciudadanía No. 1.085’253.281 de Pasto y Claudia María Revelo Miranda identificada con cédula de ciudadanía No. 1.085’254.270 de Pasto.

Propósito:

El propósito de la investigación es describir y conceptualizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la Motivación para el Trabajo en el personal de enfermería auxiliar. Esta investigación será tomada como trabajo de grado para que las psicólogas practicantes anteriormente mencionadas opten por el título de Psicólogas.

Beneficio:

Esta investigación es desarrollada con el fin de identificar los niveles de Burnout presentes en el personal de enfermería auxiliar a fin de que la institución Hospital Infantil Los Ángeles (HILA) pueda tomar los resultados arrojados por la misma como insumo para el diseño e implementación de estrategias de intervención eficaces que favorezcan al personal de enfermería auxiliar.

Participantes

Personal de enfermería auxiliar del HILA.

Limitaciones y Riesgos

Es probable que la aplicación de instrumentos de medición psicológica evidencie que algunas personas presentan el Síndrome de Burnout, por lo que en el informe final no se publicarán resultados individuales sino grupales. Por otra parte TODA LA INFORMACIÓN DE CARÁCTER PERSONAL suministrada exclusivamente para efectos de la presente investigación (por ejemplo: nombre, edad, antigüedad en la profesión, estado civil, número de hijos, entre otros) y la información arrojada por los instrumentos de medición psicológica NO SERÁ REVELADA O PUBLICADA Y SERÁ SOLAMENTE CONOCIDA POR LAS DOS PERSONAS QUE LLEVAN A CABO LA PRESENTE INVESTIGACIÓN, ello obedece al principio de confidencialidad expuesto en el Código Deontológico del Psicólogo (Art. 45, Cap V: de la obtención y uso de la información en la investigación en psicología). LOS RESULTADOS GRUPALES SERÁN CONOCIDOS POR ALGUNAS INSTANCIAS DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO (Asesor de trabajo de grado, Jurados y algunos estudiantes).

Agradecemos la atención y el tiempo concedidos.
Atentamente,

Carmen Alicia Criollo Bravo
C. C. 1.085’253.281 de Pasto

Claudia María Revelo Miranda
C. C. 1.085’254.270 de Pasto

ANEXO C. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES
San Juan de Pasto NIT: 8912002402
Pbx: 7 336400 Ext: 209 E-MAIL hiangele@yahoo.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ acepto mi participación en la investigación denominada: Relación entre el Síndrome de Burnout y la Motivación para el Trabajo en el personal de enfermería auxiliar perteneciente al Hospital Infantil Los Ángeles en San Juan de Pasto.

Declaro que he leído o (se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de la investigación, el procedimiento, los participantes, sus limitaciones y riesgos que conlleva esta investigación y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría (actividad realizada por el grupo investigativo) para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos acerca de la investigación.

Entiendo que la participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento de la investigación. Fui informado (a) de las medidas que se tomarán con respecto a la confidencialidad de la información.

Firma de la persona que da el consentimiento

Nombre: _____

Cedula de ciudadanía No: _____ de _____

Firma del investigador que realizó la asesoría

Nombre: _____

Cedula de ciudadanía No. _____ de _____

ANEXO D. CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

El presente cuestionario permite recoger información sobre variables sociodemográficas como parte de la investigación sobre la relación entre el Síndrome de Burnout y la Motivación para el trabajo en el personal de enfermería auxiliar del Hospital Infantil Los Ángeles en San Juan de Pasto.

Las respuestas que usted proporcione a las preguntas del cuestionario, serán conocidas solamente por las autoras de la presente investigación, garantizando absoluta reserva en cuanto a la información personal suministrada. Se darán a conocer los resultados grupales de la aplicación del cuestionario pero en ningún momento personas del Hospital Infantil Los Ángeles y de la Universidad de Nariño podrán acceder a las respuestas individuales de cada uno de los participantes.

Algunas preguntas del presente cuestionario requieren que usted elabore la respuesta en el espacio correspondiente, mientras que otras requieren que usted marque con una equis (X) la opción que mejor represente su situación actual.

Si tiene alguna inquietud sobre las preguntas que aparecen a continuación, coméntela con la persona que le entregó el cuestionario.

1. Fecha de aplicación _____

2. Nombre _____

3. Número de documento de identificación _____

4. Género: Masculino _____ Femenino _____

5. Edad _____

6. Estado Civil:

Soltero/a _____ Casado/a _____ Unión libre _____ Separado _____

Viudo/a _____

7. Número de Hijos _____

8. Escolaridad (Marque el último nivel aprobado por usted)

Básica _____ Media _____ Técnico _____ Profesional _____

Postgrado _____

9. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su profesión? (Complete la pregunta indicando el tiempo, por ejemplo 8 años, 5 meses, 2 días)

Años _____ Meses _____ Días _____

10. Servicio _____

11. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en esta institución? (Complete la pregunta indicando el tiempo, por ejemplo 8 años, 5 meses, 2 días)

Años _____ Meses _____ Días _____

12. Turno

Mañana _____ Tarde _____ Noche _____ Otro _____ ¿Cual? _____

13. Cantidad de horas semanales que trabaja en la institución

Hasta 20 _____ 21 a 30 _____ 31 a 40 _____ Más de 40 _____

14. Trabaja

Sábados: Si _____ No _____

Domingos: Si _____ No _____

15. Tipo de contrato

De planta: Si _____ No _____

Por cooperativa: Si _____ No _____

De contrato: Si _____ No _____

Provisional: Si _____ No _____

Otro: _____ ¿Cual? _____

Gracias por su Colaboración